

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

107

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre ANDLER

Né à Paris, le 25 octobre 1896
Externe des Hôpitaux de Paris

TUBERCULOSE PULMONAIRE

ET

FONCTION DE REPRODUCTION

RÉSULTATS DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL
PRATiqué AVANT ET PENDANT LA GÉSTATION

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre ANDLER

Né à Paris, le 25 octobre 1896
Externe des Hôpitaux de Paris

TUBERCULOSE PULMONAIRE

ET

FONCTION DE REPRODUCTION

RÉSULTATS DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

PRATiqué AVANT ET PENDANT LA GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire.	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁰
 HARVIER . . . Pathologie médicale.

MM.

LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgica
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngolog
 HEITZ-BOYER Urologie.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgica
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgica
 MOURE Pathologie chirurgica
 MÜLON Histologie.
 PHILIBERT . . Bactériologie.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE Histologie.
 VELTER Ophtalmologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . Pathologie médicale
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . Histologie.
 TANON Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
 LEREBoulLET. Clinique médicale in-
 fantile.
 LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI. . . . Clinique médicale.
 LœPER . . . Clinique médicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
 RIBIERRE. . . Clinique médicale.
 VILLARET . . Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

Médecin de l'Hôpital Laënnec

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*Hommage de reconnaissance et
de respectueux attachement.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0054

AVANT-PROPOS

Le travail, même le plus modeste, suppose une culture générale acquise au préalable. C'est pourquoi ce nous est un besoin d'exprimer notre reconnaissance à tous les Maîtres dont nous avons suivi l'enseignement.

Nous devons à M. le Pr Pierre Delbet les éléments de notre instruction chirurgicale ; nous gardons l'ineffaçable souvenir des exposés lumineux et vivants par lesquels il forme ses élèves.

L'enseignement clinique si substantiel de M. le Dr Launay nous a été d'un grand profit. Nous avons pu suivre encore les exposés cliniques de MM. les Drs Céttinger et André Bergé. La médecine française déplore la mort de ces deux maîtres issus de la grande tradition ; leur mémoire ne périra pas dans la gratitude de leurs élèves.

Nous avons vu à l'œuvre M. le Pr Heitz-Boyer alors chirurgien de la Maison Dubois et M. le Dr Louis Bazy a bien voulu nous admettre à la consultation de chirurgie de Saint-Antoine. Ils voudront bien me laisser dire que je rapporte de leurs leçons un précieux bagage de connaissances, et que leur exemple me sera toujours présent au jour où j'entrerais dans la pratique médicale.

Je dirai tout à l'heure, dans mon introduction, ce que le présent travail doit à M. le Dr Rist. Qu'il veuille bien seulement laisser parler ici mon sentiment personnel, le souvenir ému que je garde de sa bonté, le grave enseignement que je pense retenir de son infatigable labeur et l'inaltérable attachement que je lui voue comme tous ses élèves.

Nous adressons aussi nos remerciements à l'inépuisable obligeance de ses collaborateurs directs MM. P. Ameuille ; Brissaud, Jacob, Rolland, Hirschberg, Coulaud.

J'ai été l'élève de M. le Pr Rathery, alors médecin de Tenon. Je ne saurais dire assez l'action profonde de son enseigne-

ment. Une circonstance particulièrement émouvante m'attachera toujours à lui. Je me souviendrai du jour où il m'a prêté son assistance dans le mortel danger où se trouvait ma sœur bien-aimée. Son conseil lumineux et décisif l'aurait sauvée si la science humaine était toute-puissante contre la fatalité du mal. Qu'il soit à jamais remercié de cette bien-faisante intervention.

C'est un inestimable avantage que d'avoir pu recevoir pendant un an la direction de M. le D^r Lesné dans son service de médecine infantile de l'hôpital Trousseau. Il acceptera ici l'assurance de la vivante impression que me laissera toujours le souvenir de son enseignement clinique.

M. le P^r Couvelaire voudra bien penser que je n'oublie pas ce que je dois au centre incomparable d'enseignement médical et d'action sociale, qu'il a constitué à la Clinique Baudelocque et peut-être le présent travail le prouve-t-il à toutes les pages.

J'éprouve une profonde tristesse d'avoir vu disparaître prématurément M. le P^r agrégé J.-P. Langlois, que j'avais connu durant mon enfance et qui m'a toujours soutenu de ses conseils. Le destin m'a ravi en lui un de mes Maîtres les plus chers.

La mort nous a enlevé aussi M. le D^r Deroche.

Je suis très redevable à deux Maîtres de mes débuts : M. le P^r agrégé Léon Binet et M. le D^r Boppe, chirurgien des hôpitaux, comme à M. le P^r agrégé Mocquot qui, pour la terminaison de mes études m'a admis dans son service de gynécologie.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

ET

FONCTION DE REPRODUCTION

INTRODUCTION

Il existe à Paris, depuis 1921, une organisation très moderne, née de l'effort et de la communauté d'idée de MM. A. Couvelaire, Léon Bernard et Rist : nous voulons parler du vaste centre de traitement de la tuberculose pulmonaire, de prophylaxie antituberculeuse, enfin d'assistance obstétricale pure que constituent, d'une part, à l'hôpital Laënnec, le service de MM. E. Rist et Léon Bernard ; d'autre part, à la clinique Baudelocque, le service de M. le professeur Couvelaire, d'autre part enfin les Centres de placement de nourrissons dirigés par MM. Léon Bernard et Debré.

Comme les dispensaires de l'Office public d'Hygiène sociale, le dispensaire Léon Bourgeois n'est qu'un vaste chaînon de cette œuvre immense, mais le plus actif, peut-être, et le plus indispensable. Il représente, sous la direction du Dr Rist et du professeur Léon Bernard, le seuil de tout l'édifice où les malades, au nombre de plusieurs dizaines de milliers, chaque année, sont l'objet d'examens approfondis et d'un diagnostic rigoureusement précis. Cette enquête est réclamée souvent, soit par les chefs de service des hôpitaux, soit par les praticiens de ville, soit par la consultation de la clinique Baudelocque.

Si le centre antituberculeux ne se composait que des salles d'hospitalisation, il serait impossible aux médecins qui le dirigent de faire une œuvre coordonnée. La formule moderne est au contraire représentée par la fusion étroite

et le travail commun du service hospitalier et du dispensaire antituberculeux. C'est ce dernier qui doit, par l'intermédiaire des infirmières visiteuses qui lui sont attachées, dépister le malade et l'amener au dispensaire avant qu'il ne soit porteur de lésions irrémédiables, avant qu'il n'ait contaminé sa famille et son entourage. Le dispensaire Léon Bourgeois est dispensaire des I^{er} et II^e arrondissements de Paris sous la direction du professeur Léon Bernard, et du VII^e arrondissement sous la direction du Dr Rist. Mais il est considéré aussi comme centre de diagnostic, en ce qui concerne les maladies des voies respiratoires et la tuberculose pour Paris et la banlieue. A cet égard, la liaison réalisée avec le service d'oto-rhino-laryngologie dirigé par M. Bourgeois, à Laënnec, se révèle comme indispensable. Le dispensaire assure encore, lorsqu'il y a lieu, l'entrée dans les salles des services adjacents où sont institués les pneumothorax artificiels ; il assure à leur sortie le placement des convalescents dans les organisations sanatoriales qui dépendent de lui, la surveillance sanitaire et sociale des familles qui se sont confiées à lui. Le malade et sa famille restent en liaison avec les médecins du dispensaire qui seuls sont qualifiés pour apprécier le problème médical et social posé par chaque malade.

Ce n'est pas tout : le dispensaire se charge encore d'examiner les enfants des écoles ; le Dr Rist assume lui-même l'examen médical des élèves de l'école normale de Sèvres et enfin, tâche fort lourde, le contrôle, en ce qui concerne la tuberculose, du personnel infirmier de tous les hôpitaux parisiens, groupant vingt mille personnes.

Le Dispensaire assure enfin l'entretien du pneumothorax de ses anciens malades.

Le cercle de protection anti-tuberculeuse est ainsi fermé.

En ce qui concerne les femmes tuberculeuses en état de gestation, il semble que l'effort eut été incomplet, si M. le professeur Couvelaire n'avait pas créé à la Clinique Baudelocque un Centre d'hospitalisation et de traitement destiné aux tuberculeuses, pavillon isolé et séparé des services généraux de la clinique.

Cette petite maternité annexe, pourvue de chambres d'isolement personnelles, de vérandas abritées pour la cure de repos, reçoit le plus souvent les malades des deux grands

services de Laënnec, à l'époque présumée de leur accouchement. Celui-ci a lieu dans la chambre isolée de la malade ; c'est aussi là qu'elle passe les quelques jours de repos nécessaires après l'accouchement ; elle est rendue à ce moment au service médical ou au dispensaire anti-tuberculeux dont elle dépend.

Si l'isolement de la mère est un principe absolu, l'isolement des enfants nouveau nés n'est pas moins strict. Dès l'accouchement, leur séparation est complète, réalisée dans une salle particulière ; ils trouveront sous peu dans les nouveaux bâtiments de la Clinique, une crèche aménagée spécialement pour eux en moyens de chauffage et de ventilation. Après le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'allaitement artificiel, ces enfants sont confiés soit à l'Œuvre du Placement familial des Tout Petits (M. le Pr Léon Bernard, Mme Seligmann), soit au Centre de Mainville-Draveil, de Couture (Œuvre Grancher), soit aux Pouponnières de Montreuil (Mme Blum-Ribes) et de Rueil (Mme Pallu).

Il existe donc entre le Dispensaire Léon Bourgeois, les divers établissements de l'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine, les services antituberculeux de Laënnec, la Clinique Baudelocque et les Œuvres de Placement du nouveau-né, une solidarité, une unité de travail complète dont les infirmières visiteuses et les assistantes du service social à l'hôpital sont les chevilles ouvrières indispensables et dévouées. Cette coopération efficace devra un jour s'étendre à tout le territoire. Elle réalise au sein d'une nation meurtrie par la guerre, une œuvre de salut social. Comme le voulait Grancher, il faut : « secourir le le malade, sauver les enfants de la contagion », phrase rappelée par M. Lacomme dans sa thèse et qui est le programme exact et le but de l'œuvre poursuivie à Paris.

M. le Dr Rist et M. le professeur Couvelaire m'ont ouvert au large les ressources cliniques et documentaires de leurs services. Je considère comme un privilège d'avoir reçu l'enseignement de ces deux maîtres ; ce m'est un agréable devoir de leur en exprimer ma reconnaissance et mon respectueux attachement. Le choix même du sujet de cette étude a été déterminé par l'enseignement qu'ils m'ont donné. Sans l'enseignement de M. le Dr Rist au sujet du diagnostic scien-

tifiquement établi de la tuberculose, je ne considérerais pas comme possible une étude relative à la tuberculose.

Je serais heureux que mes maîtres qui, d'un commun accord, m'ont délimité mon sujet voulussent bien estimer que quelque chose de leurs leçons a passé dans les pages de ce travail.

* * *

Dans une première partie, nous avons repris la question de l'influence de la fonction de reproduction féminine sur la tuberculose pulmonaire, au point où l'avait laissée Forssner à la Conférence de Lausanne ; la question de l'avortement provoqué ne sera qu'effleurée, elle ne fait pas partie du sujet. Nous avons préféré étudier avec quelques détails dans une deuxième partie, de nombreux cas de tuberculose pulmonaire, cliniquement unilatérale, traitée par la seule thérapeutique active qui soit de mise : le pneumothorax artificiel. Nous n'avons pas abordé l'examen d'autres méthodes telles que la phrénicotomie et la thoracoplastie extra-pleurale. Encore avons-nous jugé utile de limiter nos recherches au pneumothorax pratiqué avant et pendant la gestation : nous avons écarté les pneumothorax post-puerpéraux qui, pensons-nous, peuvent constituer un sujet à part.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidés dans ce travail, les assistants de MM. le Dr Rist et le professeur Couvelaire. Les indications qui nous ont été fournies par MM. le Dr Hirschberg, le Dr Buc du sanatorium d'Angicourt et le Dr Urbain Guinard de Bligny nous ont été des plus précieuses, nous leur en exprimons ici nos remerciements.

PREMIÈRE PARTIE

L'aggravation de la tuberculose pulmonaire par la fonction de reproduction chez la femme.

CHAPITRE PREMIER

L'OPINION DE L'ÉCOLE FRANÇAISE

Ce n'est pas une question neuve que celle de l'influence sur la tuberculose pulmonaire, des diverses fonctions de reproduction chez la femme. Elle a été longuement débattue, les problèmes cliniques et diagnostiques qu'elle soulève, ceux des responsabilités médicales où l'on s'engage, dès que l'on en vient à envisager l'avortement thérapeutique, expliquent la chaleur des discussions qui ont pris naissance à ce sujet, à une époque où les bases scientifiques du diagnostic étaient loin d'être assurées comme aujourd'hui. Faut-il rappeler que, Cullen et Dugès, Rozière de Chassagne ont cru à l'amélioration de la tuberculose par la gestation ? Que Mauriceau, Grisolles, Dubreuil et Louis ont affirmé, au contraire l'aggration de la tuberculose par la gestation, suivis par Depault, Champetier, Budin et Tarnier ? C'est à cette dernière théorie que se rallient actuellement, presque tous les chefs d'école français.

Au Congrès international gynécologique de Rome en 1902, le sujet discuté était libellé ainsi : « Des indications cliniques pour l'interruption de la grossesse ». M. le professeur Pinard, dès ce moment, reconnaissait l'influence défavorable de la gestation sur une tuberculose pulmonaire, dans la plupart

des cas, mais non dans tous ; il estimait très grande la difficulté d'établir un pronostic pour chaque cas particulier, et selon lui, il n'était pas prouvé qu'une tuberculose pulmonaire fut améliorée par l'interruption de la gestation. Il prenait dès lors, nettement parti contre l'intervention.

Dans les années qui suivirent, il semble que l'avis exprimé par le Pr Pinard en 1902, ait été également partagé par la majorité des accoucheurs et phthisiologues de langue française. De fait, l'intervention de la gestation, à titre prophylactique, n'a eu que peu d'adeptes en France et le nombre des interventions y a été très limité.

La Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, en 1921, l'Académie de Médecine en 1922, ont repris le même sujet. Tous les auteurs reconnurent que les fonctions de reproduction chez la femme, sont capables, dans la plupart des cas, d'aggraver une tuberculose pulmonaire évolutive et de réveiller une tuberculose torpide, qu'il existe certains cas où ces mêmes fonctions n'agissent en rien sur le processus évolutif de tuberculose. Tous également reconnaissaient la fragilité des indications cliniques qui auraient dû servir de base à l'intervention armée, l'impossibilité de dégager des critères assez sûrs pour légitimer l'avortement. M. Rist insistait sur l'impossibilité où nous sommes de prévoir d'une façon exacte, quelle sera l'évolution d'une tuberculose chez la gestante.

L'interruption de la gestation, qui supprime une existence de l'enfant, serait-elle capable au moins, de conserver une existence, celle de la mère ?

Le Pr Bar s'est rangé parmi les partisans de l'influence aggravante de la tuberculose : il a conseillé d'interrompre la gestation, dans les trois derniers mois, si les lésions ne sont pas trop avancées et si la cuti-réaction est nulle ; il a pratiqué à la clinique Tarnier un certain nombre d'avortements dans l'espoir d'enrayer l'évolution d'une tuberculose pulmonaire. La statistique de ces cas n'a jamais été publiée. Dans la suite, M. Bar a pratiqué des hystérectomies dans le même but : est-ce justement parce que l'avortement provoqué ne lui avait pas donné les résultats escomptés qu'il a pensé obtenir mieux de la grande intervention mutilatrice et stérilisante ? Celle-ci qui a trouvé quelques adeptes, particulièrement en Allemagne, n'a sans doute

aucune chance d'être envisagée, même par les interventionnistes.

Le Pr Léon Bernard, a apporté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie en 1921, 164 cas de femmes tuberculeuses de son service : sur ce nombre, 31 sont devenues enceintes, ont accouché ; il y eut aggravation ou réveil de la tuberculose :

Dans 6 cas pendant la gestation ;

Dans 13 cas après l'accouchement ;

Dans 10 cas (sur 16) chez des nourrices.

L'aggravation a été d'autant plus précoce, qu'il s'agissait de lésions plus récentes.

De son côté, notre maître le Pr Couvelaire (1) pense que la tuberculose pulmonaire évolutive coïncidant avec la gestation est souvent d'un pronostic grave sinon pendant la gestation du moins dans les mois qui suivirent l'accouchement. Par contre, la guérison des anciennes tuberculoses pleuro-pulmonaires peut-être assez solide pour permettre la mise au monde d'enfants normaux et même leur allaitement sans que la mère ait à en souffrir. Le Pr Couvelaire ne croit pas d'ailleurs que l'état de gestation soit capable de favoriser par lui-même, le développement d'une infection tuberculeuse.

Notre maître, exposant dans son enseignement clinique les résultats de ses observations (2) a distingué l'influence qu'exerce la tuberculose sur la mère, puis sur l'enfant.

Sur les femmes, ayant eu leur première poussée évolutive au cours de la gestation, il a relevé :

3 cas de poussées tuberculeuses bénignes ;

15 cas de poussées sévères, 9 sont mortes secondairement, soit (9 sur 18 = 50. %)

6 cas sont restés stationnaires.

Sur 69 femmes tuberculeuses avant leur gestation, on note :

20 cas où il n'y eut pas de poussée évolutive nouvelle ;

49 cas ayant présenté des poussées évolutives, sur lesquels :

19 cas graves rapidement suivis de mort ;

8 cas suivis de mort dans l'année.

1. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1^{er} avril 1921.

2. Conférence à la clinique Baudelocque, décembre 1923.

Le Dr Lacomme a étudié l'avenir des tuberculeuses, après leur sortie de la clinique Baudelocque (1).

Sur 18 cas de tuberculoses inactives, il subsiste au bout d'un an : 17 cas de survivance.

Sur 57 cas de tuberculoses actives, au bout d'un an, 32 sont suivis de mort. Ces décès concernent surtout des multipares. Sur 6 d'entre elles qui ont présenté des poussées évolutives antérieures, 5 meurent dans l'année qui suit l'accouchement.

On remarquera la gravité de toute poussée évolutive survenant dans les jours qui suivent l'accouchement. Dans une autre statistique, sur 22 femmes ayant présenté une telle poussée, au bout d'un an, aucune n'est vivante. Nous aurons l'occasion d'insister sur ce fait.

L'Association française des Gynécologues et Obstétriciens dans son Congrès de Genève en 1923, par la voix de M. Voron de Lyon, y affirma que nos connaissances actuelles ne se prêtent pas à un pronostic certain de la tuberculose ; de telle sorte que, les résultats dus à l'avortement ou à l'hystérectomie, en sont naturellement faussés.

MM. Weymeersch et Olbrechts, s'appuyant sur les cas observés par eux en Belgique, n'ont admis qu'avec réserve, le rôle néfaste de la gravidité sur la tuberculose pulmonaire. L'avortement leur paraît devoir être exceptionnellement pratiqué. Les auteurs admettent la nécessité pour les gestantes tuberculeuses, d'être soignées au sanatorium pendant leur grossesse, et dans une maternité annexée au sanatorium, pendant l'accouchement et les suites de couches.

De nombreuses théories d'ordre biologique ont été émises pour expliquer le rôle néfaste joué par les fonctions de reproduction féminine. Nous ne les reprendrons pas. L'anergie gravidique, traduite par le fléchissement de la réaction tuberculinique, a été étudiée, il y a longtemps déjà, par Stern, par Bar et Devraigne et, plus récemment, par Nobécourt et Paraf. Ce fléchissement, s'observe au neuvième mois chez la femme normale, et plus souvent encore chez la tuberculeuse ; il serait possible pour certains, de mesurer ainsi la dimi-

1. Dr Couvelaire, Conférence à la clinique Baudelocque, mars 1926.

2. Dr Lacomme. *Une maternité pour tuberculeuses annexes à la clinique Baudelocque*. Thèse Paris, 1926.

nution de résistance de la malade. Les travaux récents de Coulaud, ont établi que la suppression de la réaction tuberculinique, en dehors de la gestation et des premiers jours de l'allaitement, s'observe également dans la période qui précède l'apparition du flux menstruel, pendant les deux premiers jours des règles, et à la suite de toute ovariectomie. La ménopause elle-même, constituerait une cause de fléchissement de la cuti-réaction. Pour M. Coulaud, toutes ces étapes de la vie génitale de la femme, se rattachent à une suractivité thyroïdienne, cause elle-même de moindre résistance à la tuberculose.

*
*
*

REMARQUES SUR LA QUESTION DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ

Nous ne reprendrons pas ici dans toute son ampleur la question de l'avortement provoqué, en matière de tuberculose pulmonaire, car elle dépasse les limites que nous nous sommes tracées. Peu de questions ont été aussi controversées. La méthode de Maragliano a fait l'objet de discussions nombreuses dans son pays d'origine, puis en Allemagne, où l'avortement provoqué a été érigé par certains comme un véritable dogme. On y prôna même à certains moments, l'hystérectomie avec ovariectomie.

En France, à la suite de Bar, MM. Brindeau, Jeannin et Metzger, MM. Sergent et Kuss, ont admis l'avortement provoqué, dans certains cas très délimités.

1° Chez des femmes dont la tuberculose est manifestement aggravée dès le début de la gestation, aggravation que traduisent les signes généraux : la fièvre, l'amaigrissement, l'évolution rapide des lésions pulmonaires, constatée cliniquement et radiologiquement ;

2. Chez des femmes ayant subi un coup de fouet, du fait d'un accouchement antérieur et redevenant enceintes presque aussitôt.

Mais il y a un grand nombre de cas, où la conduite à tenir est des plus difficiles, tant sont variables pour chaque malade le mode d'évolution de la maladie, son pronostic, les moyens personnels de résistance.

Le Pr Bar a choisi, comme critère d'intervention, la nég-

tivité de la réaction tuberculinique ; ce critère est entaché d'erreurs, car la cuti-réaction est très souvent négative pendant le dernier mois de la gestation et les premiers jours de l'allaitement. Or, sur 1.000 femmes entrant dans une maternité, il n'y en a que 9 chez lesquelles on verra se développer une poussée évolutive, au cours des fonctions de reproduction (P^r. Couvelaire),

En fait, l'école Bar et Sergent, devant ces difficultés, ont laissé le médecin agir selon sa conscience.

Le P^r Pinard, au contraire, s'est élevé contre le méthode en ces termes en 1922 à l'Académie de Médecine : « entre l'avortement thérapeutique, moyen héroïque, qui n'est et ne doit être mis en œuvre que dans les cas où des accidents graves, déterminés par le fait de la gestation elle-même, menacent prochainement la malade, et doivent disparaître par son intervention, et l'avortement chez la femme tuberculeuse, il y a un abîme que je ne franchirai pas ».

Le P^r Couvelaire n'est pas partisan de l'avortement thérapeutique dans les cas de poussée évolutive tuberculeuse au cours de la gestation. Il n'estime pas que le bénéfice qu'en peut tirer la femme soit démontrée. Et il est certain que parfois une aggravation manifeste a suivi l'interuption artificielle de la gestation.

A l'étranger, Kehrer, de Dresde (*Munch. Mediz. Wochensch.*, 1921) préconise l'intervention, si la malade du stade I s'aggrave, ou s'il s'agit d'une malade au stade II. L'intervention est inefficace au stade III. Pour Winter (*Deut. Mediz. Wochensch.*, 1923), l'avortement donnerait un résultat favorable dans 53 % des cas. Schumacher préconise soit l'avortement, soit la stérilisation. Von Bardeleben (*Berl. Klin. Wochensch.*, 1912) et plus récemment, Winter (*Deut. Mediz. Wochensch.*, 1923) croient à l'influence aggravante : pour eux une telle croyance a comme corollaire, l'avortement.

Cependant en Allemagne, Menge et Brockelmann se sont opposés à l'avortement, même Kraus et Scherer ne croient pas à l'influence aggravante de la gestation. Schweizer et Franz ne croient pas que l'avortement puisse améliorer l'évolution de la maladie.

Enfin, Rode à Christiania et Albeck à Copenhague se

sont toujours opposés à l'interruption de la gestation dans la très grande majorité des cas.

Lindhagen en Suède (Hygiea, 1919) s'oppose aux premières conclusions de Forssner qui commençait alors ses recherches : pour lui la gestation a une influence aggravante indéniable ; il s'oppose d'ailleurs à l'avortement.

Au Danemarck, Begtrup-Hansen en 1917, concluait que les 36,7 % des cas, s'aggravent à une période quelconque de la gravidité, tandis, que Petersen, Danois aussi, concluait à l'aggravation dans 12 o/o des cas seulement.

Aux Etats-Unis, c'est surtout Norris qui a étudié la question (*The American Journal of Obstetrics*, 1918-1922). Il conclut à l'influence aggravante et à l'avortement thérapeutique. Cette influence est niée par Flick et West, mise en doute par Culbertson, alors que Langaker réclame l'opération césarienne et Elliot, l'hystérectomie vaginale. Seul Walsh condamne avec force la théorie de l'avortement (*The American Journal of Obstetrics*, 1918).

La collaboration de Pankow, accoucheur, et de Küpferle, phtisiologue, a donné une statistique dans laquelle, sur 145 cas de tuberculose manifeste, 94,5 % ont été aggravés ; toutes ces femmes ont été soumises à l'avortement thérapeutique, ce qui diminue la valeur du travail. Kaminer (*Deut. Med. Wochensch.*, 1908) et (*Berl. Clin. Wochensch.*, 1923) a donné une statistique avec 66 % d'aggravation et 61 % de mortalité. Winter et Oppermann. (*Deut. Med. Wochensch.*, 1923) présente 96 cas de tuberculose manifeste avec 86 % d'aggravation (grossesses interrompues 68 fois).

Mazet a relevé dans sa thèse un assez grand nombre d'observations de langue française relatives à des avortements thérapeutiques. Une proportion notable de ces observations ne nous donne aucune sécurité car le diagnostic de tuberculose pulmonaire semble dans ces cas avoir été posé à la légère, sur des impressions cliniques, en l'absence des critères que nous exigeons aujourd'hui. Dans certains cas l'accoucheur ne semble même pas avoir demandé l'assistance d'un phtisiologue ; d'autre part les sujets ont été suivis pendant un espace de temps trop court. Si des succès ont été enregistrés, ils concernent surtout des avortements pratiqués avant le quatrième mois, pour des formes de tuberculose localisées ou à marche lente, susceptibles de s'amé-

liorer spontanément ; mais alors pourquoi avoir interrompu une gestation qui avait bien des chances d'aller à terme ? Est-on bien sûr d'ailleurs que le choc opératoire ne soit pas capable par lui-même de déterminer un réveil du processus tuberculeux ? C'est le cas de tous les échecs ; ceux-ci s'observent lorsque l'intervention est postérieure au quatrième mois et dans les cas de lésion étendue ou excavée.

Mazet, qui n'a pas pris une position définitive, reconnaît à l'avortement thérapeutique le pouvoir d'enrayer des tuberculoses graves à marche rapide. Pour notre part nous ne croyons pas que l'on puisse arrêter l'évolution de ces formes par un acte chirurgical, même lorsque cet acte a pour but de suspendre la gestation.

Ne peut-on pas observer, d'ailleurs, chez une gestante atteinte d'une forme grave de tuberculose des périodes de rémission au cours de la maladie que des observateurs superficiels après les avoir attribuées à l'intervention ont pu croire définitives ? On voit combien sont précaires les bases du pronostic chez la gestante tuberculeuse. M. Bar lui-même avoue 30 % d'aggravation. A ce chiffre M. Rist en oppose un autre emprunté à Weinberg de Stuttgart d'après lequel les opérées n'offriraient que 17 % de survie prolongée.

Nous avons la conviction que l'avortement provoqué ne nous donne pas la certitude d'arrêter l'évolution de la maladie. Il peut au contraire la précipiter. C'est de plus une méthode qu'il serait dangereux d'autoriser ; en matière de tuberculose pulmonaire, les erreurs de diagnostic dues au manque de méthode ou d'outillage sont trop nombreuses pour que l'on puisse laisser au praticien le droit de poser l'indication d'intervention. Toute tuberculose suspectée et non scientifiquement démontrée serait alors justiciable de la méthode : on assisterait à une floraison d'interventions pour des cas qui, souvent, ne seraient pas de la tuberculose.

Le Dr Rist écrit ceci : « Donner au médecin un blanc-seing en pareille matière, l'autoriser à pratiquer l'avortement dès qu'il soupçonne la tuberculose, ce serait ouvrir la porte aux abus les plus abominables. Et ce qu'il y a peut-être de pire, c'est que, dans un grand nombre de cas, l'abus serait de bonne foi. »

CHAPITRE II

LA CONFÉRENCE DE LAUSANNE, 1924

Il semblait, à la suite des discussions qui eurent lieu à Paris, à l'Académie de Médecine, puis au Congrès de Genève, que la question eut trouvé une solution, généralement adoptée dans les pays de langue française; pourtant, au cours de la quatrième conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, tenue à Lausanne en 1924, Forssner, Pr à la Faculté de Médecine de Stockholm, s'éleva contre le principe de l'aggravation. « J'ose affirmer que ce point capital n'est pas résolu, dit Forssner, on n'a pas trouvé la vérité, il faut la chercher. »

L'auteur fait la critique des statistiques apportées par Pankow et Küpferle, Kaminer, Winter et Oppermann; puis il conclut à l'impossibilité, même en face des observations cliniques les mieux établies, d'attribuer aux fonctions de reproduction, un rôle dans l'aggravation de la tuberculose pulmonaire; dans les cas d'évolution défavorable, il ne voit qu'une coïncidence; ce sont des cas où, même sans gestation et sans allaitement, le processus évolutif de la maladie n'eut pas été différent; la tuberculose s'aggravant souvent en dehors de la maternité, il est faux de dire que toute aggravation survenant au cours de la gestation, est causée par cette gestation.

Forssner a pris ses sujets d'étude parmi les malades soignées dans les dispensaires et les maternités de Stockholm; il s'agit de la classe ouvrière uniquement, malades suivies pendant un minimum de temps d'un an. Il apporte trois tableaux qui condensent ses recherches et celles de ses collaborateurs.

Dans ces tableaux, la classification anatomo-clinique des lésions pulmonaires est celle de Turban, en trois stades que voici :

Stade I. — Lésions localisées à un sommet.

Stade II. — Lésions occupant les deux sommets ou les 2/3 d'un poumon.

Stade III. — Lésions occupant la totalité d'un poumon ou les 2/3 d'un poumon et le sommet de l'autre.

Le tableau I contient 396 cas de femmes tuberculeuses pulmonaires nullipares et non gravides au moment de l'observation et suivies pendant un an et deux ans.

TABLEAU I

396 Femmes observées un an	Améliorées ou stationnaires	a aggravées	b décédées	Total a + b
Stade I : 160	120 = 75 %	36 = 23 %	4 = 2 %	25 %
Stade II : 107	78 = 73 %	23 = 21 %	6 = 6 %	27 %
Stade III : 129	55 = 43 %	26 = 20 %	48 = 37 %	57 %
359 femmes observées deux ans				
Stade I : 140	83 = 59 %	38 = 27 %	19 = 14 %	41 %
Stade II : 95	53 = 56 %	29 = 30 %	13 = 14 %	44 %
Stade III : 124	33 = 27 %	13 = 10 %	78 = 63 %	73 %

Le tableau II, contient les cas de femmes tuberculeuses suivies pendant un minimum d'un an à deux ans après leur accouchement.

TABLEAU II

341 femmes observées un an	Améliorées ou stationnaires	a aggravées	b décédées	Total a + b
Stade I : 183	157 = 86 %	25 = 13,5 %	1 = 0,5 %	14 %
Stade II : 109	82 = 75 %	23 = 21 %	4 = 4 %	25 %
Stade III : 49	19 = 38 %	9 = 19 %	21 = 43 %	62 %
299 femmes observées deux ans				
Stade I : 158	125 = 79 %	23 = 14 %	10 = 7 %	21 %
Stade II : 97	66 = 68 %	21 = 22 %	10 = 10 %	32 %
Stade III : 44	13 = 30 %	2 = 5 %	29 = 65 %	70 %

Ces résultats semblent plus favorables que ceux du tableau I, dit Forssner. Sans admettre une influence heureuse de la gestation sur la tuberculose, il en conclut que, les maternités ont recherché systématiquement la tuberculose et ont dépisté des cas, en général moins avancés.

Les cas du tableau I sont relatifs, au contraire, à des femmes venues de leur plein gré aux dispensaires et déjà très évolutives.

La tableau III, contient des cas choisis dans la série précédente des 341 cas (tableau II, 1^{re} partie) parmi ceux qui ont présenté des bacilles pendant le temps de l'observation et ceux où des signes nets d'évolution se sont manifestés, même d'une façon passagère. Les cas torpides ont été éliminés.

TABLEAU III

203 femmes observées un an	Améliorées ou stationnaires	a aggravées	b décédées	Total a + b
Stade I : 88 Stade II : 69 Stade III : 46	62 = 71 % 42 = 61 % 16 = 35 %	25 = 28 % 23 = 33 % 9 = 19 %	1 = 1 % 4 = 6 % 21 = 46 %	29 % 39 % 65 %
183 femmes observées deux ans				
Stade I : 83 Stade II : 60 Stade III : 42	50 = 60 % 29 = 48 % 11 = 26 % 90	23 = 28 % 21 = 35 % 2 = 4 % 46	10 = 12 % 10 = 17 % 29 = 70 % 49	40 % 52 % 74 %

Comparons, dit Forssner, les tableaux I (femmes non gravides et III (mères).

Chez les femmes se trouvant au stade I, la différence est presque nulle dans les séries observées pendant un an et deux ans.

En ce qui concerne les malades du stade II, la statistique est défavorable aux mères. De même pour les malades du stade III. Forssner reconnaît que les femmes non gravides présentent une statistique moins lourde, mais avec une différence minime. Sa conclusion est que l'étude clinique ne nous permet pas d'attribuer à la gestation, une influence

uneste sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. « Nous affirmons que nos statistiques démentent l'ancien dogme de l'influence néfaste de la gestation sur la tuberculose, et cela d'autant plus nettement, qu'il s'agit de cas peu avancés sur lesquels, au point de vue d'une intervention thérapeutique, les opinions varient. »

Les professeurs Bernard et Bezançon, affirmèrent au contraire, le danger redoutable de la gestation et plus encore de l'accouchement. Le danger de l'avortement est identique.

A cette même conférence de Lausanne, notre maître le Dr Ed. Rist, s'est opposé aux conclusions de Forssner de la façon la plus catégorique. M. Rist rendit tout d'abord hommage à Forssner qui portait pour la première fois sur le terrain statistique, une question qui précisément, ne peut être résolue que sur ce terrain. Tous deux sont en accord complet, en ce qui concerne le dogme de l'avortement « prétendu thérapeutique » des gestantes tuberculeuses. Mais M. Rist se refuse à admettre la thèse de Forssner sur la non aggravation de la tuberculose par les fonctions de reproduction. Il prend position contre lui et s'établissant lui aussi, sur le terrain statistique, le plus solide, il oppose à son contradicteur une série de 138 cas, tous soignés dans son service de l'hôpital Laënnec, de juin 1919 à 1924.

Ces cas se répartissent ainsi :

- 1^o Gestation survenant au cours de la tuberculose... 38 cas
- 2^o Tuberculose survenant au cours de la gestation
du puerpérium ou de l'allaitement..... 90 cas
- 3^o Avortements 10 cas

I. — Etudions les 38 cas du premier groupe.

M. Rist, totalisant les 3 degrés de Turban, sur la deuxième partie du tableau III de Forssner (185 cas de femmes observées pendant deux ans) obtient des pourcentages qu'il oppose à ceux de Forssner.

	Améliorées ou stationnaires	Aggravées	Décédées
Forssner.....	90 = 48,6 %	46 = 24,8 %	49 = 26,4 %
Rist.....	9 = 23,6 %	17 = 44,7 %	12 = 31,6 %

Il y a peu de différence dans les décès. Mais le pourcentage de M. Rist, en ce qui concerne les améliorées et stationnaires est inférieur de près de moitié à celui de Forssner. Inversement, son pourcentage d'aggravées est près du double de celui de Forssner.

II. — 90 cas, où la tuberculose apparaît au cours de la gestation ou de l'allaitement, se répartissent ainsi :

1° Tuberculose ayant débuté dans les trois premiers mois de la gestation..... 17 cas

a) Décédées.....	11 = 64,7 %	} a + b = 17 soit 100 %.
b) Très graves perdues de vue.....	6 = 35,2 %	

2° Tuberculose ayant débuté dans les six derniers mois de la gestation..... 15 cas

a) Décédées.....	8 = 53,3 %	} a + b = 12 soit 80 %.
b) Très graves perdues de vue.....	4 = 26,6 %	
c) Incurables stabilisées.....	2	
d) Bénignes et discrètes.....	1	

3° Tuberculose ayant débuté aussitôt après l'accouchement..... 40 cas

a) Décédées.....	14 = 35 %	} a + b = 20 soit 50 %.
b) Très graves perdues de vue.....	6 = 15 %	
c) Incurables stabilisées.....	16	
d) Bénignes et discrètes.....	4	

4° Tuberculosés ayant débuté au cours de l'allaitement..... 18 cas

a) Décédées.....	5 = 27,7 %	} a + b = 13 soit 72,2 %
b) Très graves perdues de vue.....	8 = 44,4 %	
c) Incurables stabilisées.....	3	
d) Bénignes discrètes.....	2	

« Le chiffre global des décès sur nos 90 cas, est de 38, soit 42,2 %. Si l'on y ajoutait le total des 24 malades très graves perdues de vue et dont la plupart, sinon toutes, sont certainement décédées, nous avons 62 cas, soit 68,8 %. On remar-

quera que plus le début clinique de la tuberculose est rapproché du début de la gestation, plus le pronostic est sévère. »

III. — Le troisième groupe, contient 10 cas d'avortement.

3 cas de tuberculose bénigne, discrète, tous trois réveillés par l'avortement. Les deux premiers ont évolué vers la mort ; le troisième a été stabilisé par la cure sanatoriale.

3 cas de tuberculose évolutive étendue, ayant débuté aussitôt après l'avortement.

4 cas d'avortements thérapeutiques, dans 2 cas de tuberculose grave, non amendés par l'intervention et 2 cas de tuberculose refermée, inactive, non réveillée par l'intervention. Celle-ci était contre-indiquée dans les 4 cas.

M. Rist concluait en affirmant que la gestation survenant au cours d'une tuberculose, même peu active, l'aggrave. Inversement, lorsqu'une malade atteinte jadis d'une tuberculose ancienne, parvient à mener une gestation à terme, sans complications elle fournit par là même la meilleure preuve de la solidité de sa guérison. Lorsque la tuberculose survient au cours d'une gestation, on assiste à des formes graves, étendues et rapidement évolutives, et ceci est la totalité des cas dans les trois premiers mois.

On trouvera dans la thèse de Mazet (p. 30 et suiv.), une critique très serrée des statistiques de Forssner ; à juste titre il ne tient pas compte du tableau II car les malades qui y figurent n'ont pas toutes été soumises au critère bactériologique. Reste le tableau I (femmes nullipares et non gravides) et le tableau III (mères ayant présenté des bacilles ou des signes d'évolution nets).

1. En ce qui concerne les lésions au stade I Mazet élimine les cas que Forssner n'a pas vus.

Décédées au cours de la gestation.

Tuberculose déclanchée quelques semaines après l'accouchement et au cours de l'allaitement.

Cas non suivis.

Cas où un pneumothorax est intervenu.

Il lui reste 40 cas au stade I immédiatement après l'accouchement.

Stables.....	10	} 28 cas favorables
Aggravés mais restant au stade I...	18	

Soit 70 % alors que la statistique de Forssner donne 71 %.

5 cas de tuberculose antérieure à la gestation, dont :

2 passés au stade III.

1 passé au stade II.

2 morts.

7 cas de tuberculose post-partum à évolution grave.

Mais le pourcentage favorable de 70 % n'est pas exact car parmi ces 40 cas : sur 6 dont la tuberculose débute au cours de la gestation 5 non aggravés « ne peuvent compter en faveur de l'association ».

Sur 13, dont la tuberculose débute immédiatement après l'accouchement on a :

6 formes torpides à défalquer.

7 formes graves.

$5 + 6 = 11 \quad \frac{28 - 11 = 17}{40} = 42\% \text{ pourcentage favorable.}$

Donc 17 cas stables. Il faut en retirer 3 cas trop aggravés pour rester dans le stade I bien que la lésion soit restée unilobaire : dans les 3 cas, poussée évolutive au cours de la gestation avec formation de cavernes $\frac{17 - 3 = 14}{40} = 35\%$

D'ailleurs, parmi les 14 cas stables il en trouve 5 qui présentent malgré tout une aggravation, il ne reste donc que 9 cas favorables soit 22 %, toutes formes fibreuses dont l'une a compté pour 3 (3 gestations successives).

2. En ce qui concerne le stade II Forssner constate :

a) Aggravation : 27 % s'il n'y a pas une gestation antérieure.

b) Aggravation : 39 % s'il y a une gestation antérieure.

Chiffres où sont certainement compris, les cas au stade II aggravés par la venue d'une gestation, les cas au stade I passés au stade II au moment de l'accouchement.

3. En ce qui concerne le stade III.

a) Aggravation : 57 % s'il n'y a pas de gestation antérieure.

b) Aggravation : 65 % s'il y a une gestation antérieure.

Mazet a groupé 26 cas au stade II et III vus aussitôt après l'accouchement :

Sur 26 cas :

- 1 cas stable ;
- 3 aggravés restés au stade III ;
- 22 décédés ou *in extremis*.

Sur ces 25 cas aggravés, 17 ont été déclanchés par la gestation soit : $\frac{17}{25}$.

On ne pourrait alors réellement retenir que 8 sur 25, soit le coefficient d'aggravation de tous les cas de tuberculose antérieure à la gestation.

Appliquons ce raisonnement aux chiffres de Forssner.

Si l'on additionne dans le tableau III (I^{re} partie) les aggravées et décédées aux stades II et III on a 57 cas alors que le chiffre total des malades aux stades I et II est 115, or : $\frac{57}{115} = 50\%$.

D'après le calcul ci-dessus : $\frac{57 \times 8}{25} = 18$ cas représentant le coefficient d'aggravation des cas de tuberculose antérieure à la gestation.

57 — 18 = 39 cas ont pu être déclanchés par la gestation : ils sont à éliminer.

Or, le nombre des tuberculoses antérieures à la gestation et diagnostiquées au stade II et III au moment de l'accouchement, est de 115 — 39 = 76.

Le pourcentage d'aggravation inattendu est alors $\frac{18}{76} = 23\%$. Ces mêmes formes aux stades II et III chez les nulipares donnaient une moyenne de 42 % d'aggravation. Il y a là une erreur manifeste qui tient à la classification en stades. Sans aucun doute M. Forssner a compris dans ces tableaux un grand nombre de cas fibreux, alors que les cas du dispensaire Léon Bourgeois étaient presque tous cavitaires.

Tel est le raisonnement de Mazet : il paraît solide.

Les résultats de Forssner avaient été diversement commentés.

De son côté, le Dr Mouisset, dans son service de Lyon, a remarqué la gravité de la tuberculose évolutive à forme broncho-pneumonique celle-ci s'aggravant à mesure que la malade se rapprochait du terme de la gestation ; l'accouchement provoquait enfin un coup de fouet, qui enlevait rapidement la malade.

Dumarest, d'Hauteville, admettait bien l'influence défavorable dans un grand nombre de cas, mais la gestation dit-il, est souvent indifférente ou même favorable au processus évolutif. D'une façon générale, les cas fibreux sont des cas favorables, dit Dumarest, ils s'opposent ainsi aux formes caséuses évolutives.

C'est en somme une question de diagnostic, sur laquelle tout le monde s'accorde aujourd'hui. On interdira la gestation aux tuberculeuses évolutives, et bénignes, avec poussées récentes, expectoration bacillifère et atteinte de l'état général. On l'autorisera aux formes fibreuses guéries, non évolutives et non bacillifères.

L'avortement est injustifié dans presque tous les cas. Il n'est justifié que dans les cas où l'on peut par ce moyen sauver la mère. Léon Bernard l'a déjà dit. Nous ajoutons, quant à nous, qu'un tel pronostic est souvent difficile à faire et qu'il est imprudent de laisser la porte entr'ouverte à un excellent prétexte. La garantie morale et légale que nous croirions avoir ainsi, nous paraît reposer sur des bases bien fragiles.

Kuss de Paris, insistait à son tour, sur l'importance qu'il y a à distinguer les formes cliniques de la tuberculose : les lésions au stade I de Turban, évolutives, sont souvent plus graves que celle du stade III immobilisées. Les cas au stade I de Forssner doivent contenir d'ailleurs un bon nombre de formes fibreuses, dont on connaît l'évolution lente, même au cours des fonctions de reproduction. Kuss a apporté, dans une série de cas très démonstratifs, les preuves de l'influence aggravante. Certains de ces cas ont été améliorés par avortement provoqué ou spontané dans les premiers mois, mais l'auteur avoue la difficulté des indications d'intervention.

Sergent a toujours été partisan de l'aggravation, pour lui aussi, la question est affaire de diagnostic, visant à établir la variété anatomo-pathologique et l'état évolutif de la tuberculose au moment où survient la grossesse. L'avortement provoqué doit être réservé à des cas exceptionnels.

Carpi, de Milan, estimait que l'influence aggravante de la gestation, n'est pas démontrée, que la gestante tuberculeuse, protégée socialement et rationnellement traitée, offre la même évolution que la femme non gravide tuberculeuse.

Carpi eut du moins le mérite de déclarer que cette thérapeutique rationnelle possède, dans le pneumothorax artificiel une de ses armes essentielles. Quant à l'avortement, l'étude de 275 cas à la clinique obstétricale de Milan, entraînait chez lui la conclusion suivante : « l'interruption de la grossesse dans les formes ouvertes n'exerce qu'une influence douteuse sur le cours de la tuberculose. L'interruption ne peut donc trouver son indication, au point de vue vital thérapeutique, mais seulement au point de vue symptomatique des souffrances des malades. Le bilan des naissances, a conduit à la conclusion que, au point de vue social, l'interruption de la grossesse est à condamner ». On ne peut être plus catégorique.

Enfin Hervé et Roussel à Lausanne, ont pris nettement parti contre l'avortement, dont les dangers disaient-ils, sont redoutables. Seule la méthode du pneumothorax artificiel, est une méthode féconde dont les résultats s'affirment déjà comme forts beaux. Ils en fournissaient la preuve dans 14 cas personnels.

C'est sur cette dernière impression que nous voulons terminer cette esquisse des journées de Lausanne. Cette impression sera la base de notre travail. On voit combien d'opinions divergentes se sont heurtées. Il semble, à la lecture des comptes rendus officiels, qu'il soit vain de trouver la solution. Nous ne voulons pas ici, prendre position contre le travail de Forssner, qui offre de réels mérites ; nous voulons seulement prouver qu'il est possible d'aboutir à une solution en restant sur le terrain clinique, ce qui paraissait impossible à Forssner.

CHAPITRE III

RECHERCHES PERSONNELLES

Nous avons revu les observations des femmes tuberculeuses soignées dans le service du D^r Rist. Il s'agit de femmes habitant le département de la Seine, surtout le VII^e arrondissement de Paris, une partie des malades appartenait au personnel infirmier des hôpitaux de Paris ; nous en avons suivi, soit dans le service du D^r Rist, soit dans celui du P^r Couvelaire. Une notable partie de ces cas ont déjà été publiés par le D^r Rist. Sur son conseil, nous avons passé en revue l'histoire entière de ces malades, nous avons poursuivi cette étude à partir du point où il l'avait laissée pour chacune d'elles ; nous avons procédé à une révision des cas qui subsistaient à la date du mois de mars 1926 ; nous avons pu apprendre que tels cas aggravés avaient été suivis de décès, d'autres, bien moins nombreux, avaient été suivis d'amélioration. Enfin, un nombre important de malades se sont ajoutées aux listes précédentes.

Ces cas se répartissent ainsi :

I. — Cas où la tuberculose est antérieure à la gestation : 52 cas.

II. — Cas où la tuberculose apparaît pendant la gestation ou après l'accouchement : 117 cas.

Au total : 169 cas.

PREMIER GROUPE.

Tuberculose antérieure à la gestation : 52 cas.

A) 12 cas de tuberculose unilatérale où un pneumothorax artificiel a été proposé ou tenté.

B) 40 cas de tuberculose bilatérale.

A) 12 cas de tuberculose cliniquement unilatérale au moment de la gestation ou de l'accouchement.

1^o Neuf fois le pneumothorax artificiel n'a pu être réalisé.
Aggravation dans les semaines qui suivent l'accouchement : 5 cas.

Qui donnent :

Décédées 3 mois après l'accouchement.

— 1 an : 1.

— 2 ans : 2.

— Plus de 2 ans : 2.

Décès dans les 8 jours après l'accouchement : 1.

Stationnaires incurables : 3.

2^o Trois fois le pneumothorax a été réalisé après l'accouchement : 3 aggravations immédiates après l'accouchement : 3 morts ; après 3 mois : 1 ; après 10 mois : 2.

Total des 12 cas. Aggravation nette : 8 cas.

Qui ont donné comme décès :

3 mois après l'accouchement : 1.

1 an : 3.

2 ans : 2.

Plus de 2 ans : 2.

1 décès dans les 8 jours.

Soit décédées dans l'année : 5.

Soit décédées dans les 2 ans : 7.

3 stationnaires incurables.

Pourcentage : *aggravées* : 8.

décédées : 5 dans l'année.

— 7 dans les 2 ans.

B) 40 cas où la tuberculose est bilatérale.

a) Stationnaires incurables : 5 cas.

b) Aggravation au cours de la gestation ou dans les semaines qui suivent l'accouchement : 35 cas.

(Dans ce chiffre est compris 1 cas d'avortement thérapeutique de la clinique Tarnier, immédiatement aggravé après l'intervention et suivi de mort dans les 2 ans.)

Ces 35 cas donnent comme décès après l'accouchement :

Après 3 mois : 5.

Après 1 an : 7.

De 1 à 2 ans : 5.

Soit 12 décès dans l'année.

Il y a deux décès au cours du dernier tiers de la gestation.

$12 + 2 = 14$ décès.

Résultat : *Aggravées* : $\frac{35}{40}$.

Décédés dans l'année : $\frac{14}{10}$.

Dans les 2 ans $14 + 5 = \frac{19}{40}$.

Tuberculose antérieure à la gestation.

Total des 52 malades.

Aggravées : $35 + 8 = \frac{43}{52} = 82,6 \%$.

Décédées dans l'année : $14 + 5 = \frac{19}{52} = 36,5 \%$.

Dans les 2 ans : $19 + 7 = \frac{26}{52} = 50 \%$.

Stationnaires : $5 + 3 = \frac{8}{52} = 15,3 \%$.

Or reprenons la première partie du tableau III de Forssner en y additionnant les trois stades de Turban (203 cas de femmes suivies pendant un an).

Stationnaires : $120 = 59,1 \%$.

Aggravées : $57 = 28 \%$.

Décédées : $26 = 12,8 \%$.

Il ressort de la lecture des observations que l'aggravation peut se produire à toutes les périodes de la gestation ; l'influence de l'accouchement n'est pas moins nette. Dans un très grand nombre de cas, le processus s'accélère de façon brutale aussitôt après l'accouchement.

DEUXIÈME GROUPE.

Tuberculose apparue pendant la gestation ou après l'accouchement : 117 cas.

A) 11 cas où le début apparent de la tuberculose coïncide avec le début de la gestation.

B) 22 cas où la tuberculose débute dans les 3 premiers mois de la gestation.

C) 22 cas où la tuberculose débute dans les 6 derniers mois.

D) 62 cas où la tuberculose débute dans les 6 mois qui suivent l'accouchement.

A) 11 cas où le début de la tuberculose coïncide avec le début de la gestation.

a) 7 accouchements à terme :

2 cas stationnaires (dont l'un très aggravé 1 an après).

5 cas évolutifs avec aggravation immédiate et donnant 3 décès dans l'année.

b) 2 accouchements prématurés à 7 mois : aggravés donnant 1 décès dans l'année ; 1 décès 15 mois après.

c) 2 avortements : à 6 semaines, décès 11 mois après ; à 6 mois, décès 4 mois après.

Soit 9 cas aggravés avec 6 décès dans l'année, 7 décès dans les 2 ans.

Résultat : *Aggravées* : 9.

Décédées : 6 dans l'année.

7 dans les 2 ans.

B) 22 cas où la tuberculose débute dans les 3 premiers mois de la gestation.

a) Stationnaires incurables : 2 cas.

b) Aggravation nette au cours de la gestation ou après l'accouchement : 20 cas,

Qui donnent comme décès :

2 décès au cours du 8^e mois de gestation ; et après l'accouchement : après 3 mois : 4

après 1 an : 3 } = 7 dans l'année.

de 1 an à 2 ans : 4.

Décès dans l'année : $7 + 2 = 9$.

Décès dans les 2 ans : $9 + 4 = 13$.

Ce chiffre de 20 cas comprend deux avortements à 6 mois avec deux aggravations : l'un des cas suivis de décès dans les 2 ans.

Résultat : *Aggravées* : 20.

Décédées : 9 dans l'année.

13 dans les 2 ans.

C) 22 cas où la tuberculose débute dans les 6 derniers mois.

1 cas torpide stationnaire ; 1 cas sans renseignements précis.

20 aggravations qui donnent comme décès (dont l'une comprend un avortement de 4 mois).

1 décès au cours du 9^e mois de gestation ; et après l'accouchement : après 3 mois : 4 {
après 1 an : 3 } = 7 dans l'année.

de 1 à 2 ans : 4.

Plus de 2 ans : 4.

Décès : 7 + 1 = 8 dans l'année.

8 + 4 = 11 dans les 2 ans.

Pourcentage : Aggravées : $\frac{20}{22} = 90,9 \%$.

Décédées : $\frac{8}{22} = 36,3 \%$ dans l'année.

$\frac{12}{22} = 54,5 \%$ dans les 2 ans.

Tuberculose apparue au cours de la gestation.

Total de A + B + C.

Aggravées : $\frac{49}{55} = 89 \%$.

Décédées : $\frac{23}{55} = 41,8 \%$ dans l'année.

$\frac{32}{55} = 58,1 \%$ dans les 2 ans.

D) 62 cas où la tuberculose débute au cours des 6 mois qui suivent l'accouchement.

a) 55 cas de tuberculose bilatérale.

Restent stationnaires : 9 dont 3 s'aggravent peu à peu.

Décès : après 1 an : 9 {
de 1 an à 18 mois : 2 } = 11.

de 18 mois à 2 ans : 3.

Plus de 2 ans : 3.

Mortes à une date non précisées : 3.

Perdues de vue incurables : 4.

Soit 11 décès dans les 18 mois.

Soit 14 décès dans les 2 ans.

b) En outre 7 cas de tuberculose unilatérale traités par pneumothorax après l'accouchement.

Qui donnent : 3 décès dans l'année.

1 décès au delà de 2 ans.

1 aggravation progressive.

1 stationnaire.

1 perdue de vue.

Tuberculose post-puerpérale.

Pourcentage : *décédées* : $11 + 3 = \frac{14}{62} = 22,5 \%$ dans les 18 mois.

Décédées : $\frac{17}{62}$ dans les 2 ans = 27 %.

L'évolution de ces cas aggravés devient difficile à suivre ; un bon nombre ont été probablement suivis de mort ; d'autres, très peu nombreux, ont été suivis d'amélioration apparente ; nous avons cependant conservé dans la catégorie des aggravées, ceux qui ont présenté une poussée évolutive caractérisée, ou des signes fonctionnels et généraux sous l'influence de la puerpéralité.

De la lecture de ces chiffres paraît donc se dégager l'impression que la femme tuberculeuse, qui devient enceinte court de grandes chances d'aggraver son état ou de mourir. Les tuberculoses dont le début est rapproché du début de la gestation sont aussi celles qui donnent les résultats les plus sombres :

D'une façon générale, on peut affirmer que la femme tuberculeuse mène sa gestation à terme dans presque tous les cas. Les cas d'avortement ou d'accouchement prématuré ne sont pas fréquents. La tuberculose se distingue en cela de la syphilis, qui tue l'œuf : la tuberculose laisse le plus souvent la gestation aller à terme, mais tue la mère. Une petite minorité de malades semblent parfois se mieux porter pendant leur gestation : c'est l'état de symbiose harmonique de Bar. Y a-t-il là une ressemblance avec cette particularité que présente la diabétique enceinte d'être améliorée par la réserve insulinique qu'apporte le fœtus puis dès l'accouchement, de tomber dans les phénomènes d'acidose les plus graves, lorsque cette réserve a disparu ? Le fœtus de la gestante tuberculeuse apporte-t-il à sa mère des hormones susceptibles de l'améliorer en apparence ? Cette question ne relève pas de la présente étude. Il est un fait certain, c'est que l'accouchement représente pour la tuberculeuse une épreuve très grave, même lorsque la gestation semble avoir évolué sans encombres. Nous rapprochons ce fait des accidents que l'on observe après l'accouchement, au cours de certaines cardiopathies.

L'avortement s'avère tout aussi grave qu'une gestation

menée à terme : 11 cas d'avortement, se produisant au premier mois, à six semaines, à deux mois, trois et quatre mois, nous ont donné :

 cinq décès,
 un in-extremis,
 deux aggravées,
 deux stationnaires incurables,
 une douteuse.

L'avortement, qu'il soit provoqué ou spontané, est donc un événement redoutable ; il est difficile d'en mesurer les effets ; en entreprenant un avortement dit thérapeutique, il est hors de doute que l'on engage très gravement sa responsabilité propre et l'avenir de la malade. C'est avec raison que le docteur Rist pouvait écrire : « L'avortement exerce une action tout aussi nocive sur la tuberculose pulmonaire que la gestation ou l'accouchement. Il n'y a par conséquent, aucune raison valable pour le proposer, lorsqu'il y a coïncidence entre la gestation et la tuberculose. » Et ailleurs il écrit au docteur Chirié : « Je suis, vous le savez, absolument opposé à l'avortement provoqué en pareils cas. C'est sacrifier en tout cas une vie, celle de l'enfant, et jamais l'on a apporté la preuve que cela empêche la tuberculose pulmonaire d'évoluer et que, par conséquent, cela sauve la vie de la mère. » Mon expérience personnelle m'amène à penser qu'à ce point de vue, un avortement provoqué est plus nocif encore qu'un accouchement à terme ». (Dossier de l'obs. M... Jeanne).

Les cas compris dans les tableaux de Forssner, comprennent des tuberculoses torpides et des tuberculoses ulcéro-caséuses évolutives des tuberculoses antérieures à la gestation, des tuberculoses apparues pendant la gestation, des tuberculoses apparues immédiatement après l'accouchement..

Forssner n'a pas observé les cas aggravés au cours de la gestation et stabilisés au moment de l'accouchement, les cas de mort pendant la gestation, les cas où un pneumothorax artificiel est intervenu pendant la gestation, les cas de tuberculose survenus ou aggravés plusieurs semaines après l'accouchement.

Pour serrer d'un peu plus près le problème, nous élimi-

nerons donc : les cas aggravés au cours de la gestation, les cas de mort pendant la gestation, les cas déclarés plusieurs semaines après l'accouchement, les cas où un pneumothorax artificiel est intervenu.

Voyons quelques cas observés immédiatement après l'accouchement, dans les conditions mêmes où les eut observés Forssner, à la sortie de la Maternité, et diagnostiqués d'une façon certaine à ce moment. Ces cas comprennent : des formes fibreuses, des formes ulcéro-caséuses évolutives surtout, soit antérieures à la gestation, soit apparues au cours de la gestation ou immédiatement après l'accouchement. Nous n'avons pas besoin de dire combien nous paraît défectueuse la classification en stades de Turban, qui comprend à la fois des formes torpides localisées et des formes rapidement extensives. Pourtant, malgré la difficulté qu'il y a à incorporer la richesse des aspects fournis par la radiologie moderne dans les cadres étroits de Turban, nous avons tenté de le faire sans nous dissimuler l'imperfection de la tâche. Ainsi délimités, les cas que nous avons en vue ne sont pas très nombreux. Nous allons voir ce que deviennent des femmes tuberculeuses vue immédiatement après leur accouchement au Dispensaire Léon Bourgeois et dans le service du Dr Rist, dans des conditions rigoureuses de précision diagnostique.

1°) Considérons le stade II. Forssner indique :

a) Femmes sans antécédents de gravidité :

56 % d'améliorées et de stationnaires.

44 % d'aggravées et de décédées.

b) Femmes vues après gestation :

48 % d'améliorées et de stationnaires.

52 % d'aggravées et de décédées.

Nous pouvons lui opposer 24 cas au stade II pris parmi nos 169 observations dont le diagnostic est certain au terme de la gestation et aussitôt après l'accouchement.

Une malade est améliorée en apparence. Elle est décédée ensuite à une date inconnue. Mais nous voulons bien la compter parmi les cas améliorés temporairement.

Deux ne semblent pas avoir été aggravées. Elles sont restées incurables stationnaires.

Au total... 3 cas

Neuf cas sont aggravés soit immédiatement après l'accouchement, soit dans les mois suivants.

De ces cas : 4 ont été suivis de mort secondairement.

5 sont restés stationnaires incurables, plus ou moins torpides.

Douze cas ont été suivis de mort (sur ce nombre 2 sont libellés « in-extremis »). Dans tous ces cas, la maladie semble avoir évolué sans rémission jusqu'au terme fatal.

Au total : 21 cas ou 87, 5 %.

Nous comptons dans ce groupe de malades, 5 cas d'accouchements avant termes et un avortement. Nous ne comptons pas 1 cas de pneumothorax artificiel, suivi de mort secondairement.

2° En ce qui concerne les stades I et III, les cas que nous avons en vue sont trop peu nombreux pour présenter quelque valeur (6 cas au Stade I, et 6 cas au Stade III). Pourtant, il est certain que le pourcentage d'aggravées ou de décédées présenté par les groupes de malades pour chacun de ces stades, est de 100 %.

Telle est, traduite en chiffres simples, l'impression qui se dégage de la lecture de nos observations. Des pourcentages de Forssner, au contraire, l'impression naîtrait que les fonctions de reproduction n'ont qu'une action légère sur le processus évolutif de la maladie ; ce qui paraît incroyable dans les chiffres donnés par lui, c'est que la gestation ne semble avoir provoqué qu'une augmentation minime des cas suivis d'aggravation ou de décès. Les chiffres de Forssner sont sérieusement étudiés, ils constituent sans doute, la première statistique du genre ; mais nous avons la conviction qu'ils sont entachés d'une erreur qu'il y a intérêt à ne pas laisser se propager ; déjà tant de médecins, en tous pays, semblent ignorer la gravité de la tuberculose pulmonaire, même en dehors de la gestation. Puisque nous connaissons cette gravité et puisque nous nous refusons dans tous les cas à pratiquer l'avortement dit « thérapeutique », que nous reste-t-il à faire ? Le Pr Pinard a donné ce simple précepte « soigner la tuberculose et surveiller la grossesse ». Ce précepte est plus qu'une directive de pratique médicale, il formule aussi pour le médecin une obligation de conscience. Or, il est possible, dans un assez

grand nombre de cas, de donner à la gestante tuberculeuse les moyens de lutter contre la maladie tout en menant sa gestation à terme : nous voulons parler du pneumothorax artificiel.

DEUXIÈME PARTIE

Le pneumothorax artificiel

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS FORMELLES.

Dans la lutte qu'il est appelé à soutenir contre tout processus infectieux, le poumon se trouve désarmé par suite des conditions physiques qui lui sont propres. Il est avant tout un organe élastique ; sauf chez l'enfant qui vient de naître, cette élasticité n'est jamais satisfaite. On a comparé les poumons à un piston glissant à l'intérieur de ce cylindre que représente la cage thoracique. La surface externe des poumons, la surface interne de la cage thoracique sont en contact perpétuel par l'intermédiaire du double feuillet pleural. Au cours des mouvements d'inspiration et d'expiration, la cage thoracique augmente et diminue ses dimensions, les surfaces pulmonaires suivent fidèlement l'alternative de ces mouvements, ce qui oblige les poumons, eux-mêmes, à modifier constamment leur volume. C'est la pression atmosphérique sur la surface alvéolaire qui réalise la distension constante du poumon, et cet état de distension est possible grâce à la richesse du parenchyme pulmonaire en fibres élastiques. L'inspiration est due à l'action des muscles inspireurs qui augmente la capacité de la cage thoracique : ainsi se produit un appel d'air à l'intérieur du poumon. L'expiration est due au contraire à la seule élasticité du poumon qui reprend son volume primitif lorsque l'action musculaire

est terminée. Or, dès le quatrième jour après la naissance l'expiration est incapable de réaliser le vide complet du poumon : celui-ci reste constamment distendu par une petite quantité d'air résiduel. La distension est donc continue ; elle augmente au cours de l'inspiration, diminue au cours de l'expiration. Elle cesserait si on réalisait un affaissement du poumon en ouvrant la paroi thoracique et en permettant à la pression atmosphérique d'exercer son action directe sur la surface pulmonaire (1). Enfin l'élasticité même du parenchyme et son état de distension constante, sa structure lacunaire de constitution fragile, empêchent la guérison du processus ulcératif. C'est bien là l'éponge vasculaire et aérienne, la dentelle d'air et de sang dont parle Dumarest.

En ce qui concerne la tuberculose, il est nécessaire de tenir compte, non seulement des caractères anatomo-physiologiques du poumon, mais aussi de la forme évolutive de la maladie. Il y a des tuberculoses fibreuses dont la tendance naturelle est l'évolution lente et l'extension limitée. Mais il est certain que les processus destructifs des tuberculoses ulcéro-caséuses trouvent, dans le poumon plus que dans tout autre organe, des conditions favorables de développement. Ils n'auront aucune tendance à la réparation spontanée ; l'ulcération pulmonaire, largement ouverte, va presque immédiatement s'ouvrir une issue vers la voie bronchique.

Dans ces conditions, le seul moyen susceptible de s'opposer à l'envahissement destructif du poumon, de supprimer son état de distension et ses mouvements naturels d'expansion, de rapprocher les parois des cavités et d'oblitérer les conduits bronchiques tout en les vidant de leurs sécrétions, le moyen aussi de déterminer la formation d'un processus scléreux, est la création d'une atélectasie pulmonaire artificielle : elle est réalisée dans le pneumothorax artificiel. De fait, l'heureuse efficacité du collapsus pulmonaire, tient à des raisons qui nous échappent en partie. L'hypothèse de la stase veineuse ou lymphatique, celle de la suppression des produits toxiques, n'ont pas réuni l'unanimité des suffrages. En l'état actuel de la question, il nous faut considérer le

1. Rist. *La Tuberculose*. Arm. Colin éd. Paris, 1927.

blocage pulmonaire, comme le principal facteur d'amélioration.

L'idée première du pneumothorax artificiel, revient à James Carson (1819) qui découvrit et mesura l'élasticité pulmonaire ; mais, en 1888, Potain avait présenté à l'Académie de Médecine deux cas de pneumothorax spontanés, survenus au cours de la tuberculose pulmonaire et entretenus par des insufflations d'azote. L'expectoration des malades, bacillifère avant l'institution du traitement, était devenue non-bacillifère. Potain fut un précurseur ; malgré la démonstration éclatante, dont le souvenir reste attaché à son nom, il ne fut suivi en France que longtemps après. Forlanini, en 1894, se fit l'apôtre de la méthode, qu'il rendit pratiquement réalisable, en créant le premier appareil à insufflations ; il devait bientôt multiplier ses tentatives. En 1908, Dumarest devait réaliser en France la première collapsothérapie, suivie peu après, par MM. Kuss et Rist : ce fut l'époque où la méthode, peu connue des médecins et du public, entourée d'un scepticisme dédaigneux, dut à la foi de ses promoteurs, de vaincre les résistances qui lui furent opposées.

Aujourd'hui l'élan est donné, la valeur de la collapsothérapie s'est imposée à tous les esprits, elle ne connaît plus guère d'adversaires sérieux ; elle constitue une arme essentielle dans la tuberculose unilatérale, dans les formes étendues massives, les broncho-pneumonies ulcéro-caséieuses, les formes à siège lobaire, rapidement excavantes, les hémoptysies graves, répétées, qui réclament un traitement urgent. A ces divers titres, la collapsothérapie pulmonaire représente, dans de très nombreux cas, une méthode d'urgence ; en l'absence de médication spécifique, elle n'a d'autre ambition que de réaliser une détension et une immobilisation du poumon malade et la compression des foyers pathogènes. Elle offre l'avantage considérable d'être une méthode inoffensive, de donner des résultats à peu près immédiats ; elle nécessite d'ailleurs du médecin une instruction particulière, du médecin et du malade une persévérance qui ne se relâchera pas pendant plusieurs années.

La tuberculose pulmonaire, associée à la gestation, constitue justement une association très grave, qui oblige le médecin à frapper vite, fort et longtemps. Les résultats que ne donnerait sans doute pas la cure sanatoriale, longue et

incertaine, nous les obtiendrons du pneumothorax artificiel, dans les formes unilatérales de la tuberculose. Il est bien entendu que la cure sanatoriale et le pneumothorax doivent être étroitement associés.

La première observation, en France, concernant une tuberculeuse en état de gestation, a été publiée par le Dr Rist, à la Société Médicale des Hôpitaux en 1914 (observation de Mme C..., n° 26). En 1913, Kuthy et Lobmayer (1) de Budapest, avaient pratiqué un pneumothorax artificiel droit, chez une tuberculeuse pulmonaire bilatérale, avec prédominance à droite, au quatrième mois d'une gestation : l'observation était incomplète. Il semble que le traitement ait été poursuivi irrégulièrement. Il en résulta une extension des lésions du côté opposé. La gestation fut menée à terme et la malade mourut un mois après.

En 1914, Réal pratique un pneumothorax artificiel chez une tuberculeuse unilatérale droite cavitairé, à la fin du huitième mois d'une gestation. L'existence d'un rétrécissement du bassin conduisit à faire à terme, une Césarienne suivie d'hystérectomie sous chloroforme. L'opération fut parfaitement supportée, on obtint un enfant vivant, mais la malade ne fut suivie que pendant les deux mois suivants.

En 1917, Voornveld, de Davos (2), relève le bon résultat produit par un pneumothorax artificiel sur une tuberculeuse enceinte de six mois. Le terme fut atteint, l'enfant vint au monde vivant ; l'observation manque de détails ultérieurs.

Slater (3), en 1918, rapporte l'histoire d'une femme dont la tuberculose, à forme hémoptoïque et évolutive, datant de plusieurs années et s'aggravant peu à peu, est traitée avec un plein succès par le pneumothorax artificiel ; au bout de deux ans, une gestation commence, interrompue au troisième mois par un avortement spontané ; au bout de trois ans, survint une seconde gestation, terminée par l'accouchement

1. Kuthy et Lobmayer, *Künstlicher Pneumothorax, angelegt Im 4. Monat der gravidität* (Beitr. z. Klini. Der Tuberkulose, Vol. XXVII, p. 285-290, 1913).

2. Voornveld, *Therapeutischer Pneumothorax, in der Behandlung der Lungentuberkulose bei Schwangeren* (Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte, 1917, t. XLVII, p. 689).

3. Slater, *Artificial Pneumothorax and Pregnancy* (The American Review of Tuberculosis, Vol. II, p. 497, 1918).

à terme d'un enfant pesant 7 livres 1/2; au bout de neuf mois, la mère et l'enfant séparé étaient bien portants.

Le Dr Rist, dans la communication qu'il fit à la Société française d'Obstétrique et de Gynécologie, le 14 mars 1921, rappelait le cas princeps qu'il avait pu étudier dans son service en 1914 (obs. de Mme C...). Il y ajoutait 2 observations, dont voici le résumé :

Obs. XXVIII. — Tuberculose unilatérale gauche cavitaire, au deuxième mois d'une gestation. Pneumothorax artificiel. Accouchement normal à terme en avril 1920, à la Maternité, d'un enfant vivant. Troubles mentaux dus à une paralysie générale syphilitique (Wassermann positif). Par suite de l'instabilité mentale de la malade, les insufflations sont irrégulièrement poursuivies; elle meurt en décembre 1920.

Obs. de Mme M... (déjà présentée avec MM. Rolland et Ravina à la Société médicale des Hôpitaux, le 19 novembre 1920).

Tuberculose massive, à début brusque, d'emblée extensive, à type de pneumonie caséeuse, du lobe supérieur gauche et multicavitaire.

Intégrité du poumon droit. L'évolution est fébrile, l'amaigrissement rapide. Nombreux bacilles dans l'expectoration. Cuti-réaction faible. L'évolution n'a pas duré plus de trois mois et demi.

Pneumothorax artificiel le 14 août 1919, bientôt complet et poursuivi. Au bout d'un mois, la fièvre a disparu, l'expectoration a diminué; il se produisit dans la cavité du pneumothorax un épanchement purulent avec bacilles de Koch abondants, il fut évacué.

En janvier 1920, la malade devient enceinte; la cuti-réaction est franchement positive. Le cinquième est marqué par un fléchissement de la cuti-réaction et une poussée évolutive légère et passagère au sommet droit. Accouchement à terme sans incident (service Potocki à la Maternité). Enfant pesant 2.790. Application de forceps dans le seul but de hâter l'expulsion. Suites normales. La malade est en bonne santé cinq mois après.

Depuis cette époque, des cas de plus en plus nombreux se sont ajoutés. Quelques-uns de ces cas, appartenant au Service du Dr Rist suivis dans celui du Pr Couvelaire ou au dispensaire Léon Bourgeois, ont été relatés dans des thèses récentes. Pour notre part, nous avons écarté de ce chapitre

les pneumothorax post-puerpéraux, que nous avons relégués parmi les observations des tuberculoses post-puerérales. Nous nous sommes limités aux observations de 56 cas de pneumothorax, établis avant la gestation ou pendant la gestation. Cinquante et un d'entre eux appartiennent au Dispensaire Léon Bourgeois (Service du D^r Rist) ou à la clinique Baudelocque; enfin le D^r Rist nous a confié 5 observations provenant de sa clientèle personnelle.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

I. — Cas où la tuberculose existait antérieurement à la gestation.

§ a). — Le pneumothorax artificiel a été pratiqué avant la gestation, puis suspendu.

Obs. I. — Mme C..., 22 ans, obs. 1005 du fichier spécial des pneumothorax du service du Dr Rist.

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure gauche cavitaire, datant peut-être de 1911, en tout cas de juillet 1912, date à laquelle elle est examinée. Elle tousse et crache, a maigri.

Le 26 juillet 1912 : pneumothorax artificiel. Bon décollement sans adhérences.

Août : amélioration de l'état général, apyrexie.

Janvier 1913 : disparition des bacilles à l'examen direct. L'hydro-pneumothorax apparu en août se résorbe spontanément. La malade part sur sa demande. Le collapsus pulmonaire est abandonné par la malade le 25 avril 1913.

1914 : résorption du pneumothorax. Absence de bacilles. La symphyse interdit de nouveaux essais de décollement.

1920 : réapparition des bacilles.

Neuf ans après, 21 mai 1921, elle est en état de gestation de trois mois, tousse et crache un peu.

A la radioscopie, densification homogène de tout l'hémithorax gauche avec sinistrocardie.

Novembre 1921 : accouchement à terme, normal, sans influence sur son état.

1924 : mêmes signes stéthacoustiques. Présence de bacilles. Travaille huit heures par jour. L'enfant se portait bien, non isolé ; son examen radiologique est normal.

En résumé : le pneumothorax artificiel entretenu neuf

mois, a donné un résultat favorable immédiat. La réapparition des bacilles est imputable à la malade et non à la méthode. Malgré cela, le collapsus semble avoir modifié suffisamment la situation pour permettre à une gestation tardive d'être supportée sans complications.

Obs. II. — Mme M..., 20 ans, employée de Banque.

Indices de contagion : Père et mère seraient morts de tuberculose pulmonaire. Une sœur peut-être tuberculeuse, aurait eu des hémoptysies.

Tuberculose pulmonaire gauche, ayant débuté en 1920, traitée à cette date par le Dr Pissavy, par un pneumothorax artificiel et très améliorée. Abandon du pneumothorax, après quelques mois, pour une bilatéralisation très discrète, constatée radiographiquement.

Un an après, vue au Dispensaire L.-B., en état de gestation de cinq mois.

L'examen radiographique montre l'intégrité du poumon droit ; à gauche : l'existence, à la base, d'une plage sombre, non homogène, sans image cavitaire nette.

Pas de bacilles.

Il n'y a pas de renseignements sur l'accouchement.

Cinq ans après, le 27 octobre 1925, envoyée au Dispensaire par M. Trocmé, Interne des Hôpitaux, elle est enceinte de deux mois et demi, présente de la température, a maigri. Le cliché radiographique montre l'existence de petites lacunes discrètes à chaque sommet (cl. 22,552).

En résumé, le pneumothorax artificiel, bien qu'entretenu pendant un laps de temps trop court, a suffi à arrêter l'évolution d'une tuberculose. Il se produit un an après une fécondation et une première gestation sans inconvénient. Une seconde gestation a été possible ultérieurement. Malheureusement, nous sommes restés sans nouvelles de la malade (juin 1926). La malade a bénéficié d'une forme à marche lente, car, au cours de sa première gestation et ultérieurement, elle a échappé à des dangers graves.

Obs. III. — Mme C... Louise, 1061. (Baud. avril 1925, 682).

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche cavitaire, débutant en mars 1921 (cliché radiographique J. 7157 (M. Maingot) condensation de la partie supérieure et moyenne de l'hémithorax gauche ; image cavitaire au-dessus de la clavicule et une autre au-dessous.

Présence de bacilles.

17 juin 1921. — Pneumothorax artificiel dans le service du Dr Rist, avec décollement total. Amélioration immédiate. Le poids passe de 47 kilogrammes à 49 kgr. 700. Entretien régulier du collapsus.

Trente sept mois après. — Juillet 1924, début d'une gestation.

Décembre 1924. — La malade abandonne le pneumothorax, après trois ans et demi, au cinquième mois de la gestation.

24 avril 1925. — Accouchement à terme d'une fille bien portante, séparée immédiatement. Pas d'incidents. Durée du travail : 11 h. 35.

En résumé, le pneumothorax artificiel a enrayé l'évolution d'une tuberculose extensive à marche rapide ; après trois ans de traitement une gestation est possible. Elle est menée à terme. Il n'y a eu aucune complication lors de l'accouchement.

La malade a été perdue de vue ensuite. La croissance de l'enfant a été normale.

Obs. IV. — Mlle Raymonde S..., 25 ans (Baud. novembre 1925, 1943 bis).

Tuberculose lobaire supérieure gauche excavée, paraissant dater de novembre 1923, époque à laquelle elle a commencé à tousser et à cracher. Expectoration bacillifère.

Janvier 1924. — Pneumothorax artificiel établi à Tenon, dans le service du Dr P. E. Weill. Le collapsus n'est que partiel, mais le résultat est très bon. Séjour sanatorial à Angicourt de mars à novembre 1925. Poussée liquidienne suivie de symphyse pleurale totale. Le pneumothorax est, de ce fait, interrompu après dix-huit mois.

Dix-neuf mois après le début du traitement 20 octobre 1925 : vue au Dispensaire Léon Bourgeois en état de gestation de deux mois et demi (dernières règles, fin juillet).

Il n'y a ni toux, ni expectoration, ni température. L'état pulmonaire paraît stabilisé en apparence.

Cette malade obligea le Dr Rist à résoudre un problème très particulier. Voici en quels termes il écrivit au professeur Couve-laire, à la même date : « On pourrait considérer que son pneumothorax, même réduit en durée, a transformé l'évolution de sa tuberculose et amené une guérison qu'il ne resterait plus qu'à consolider. Mais elle vient me trouver pour la première fois, pour me dire qu'elle se croit enceinte de deux mois et demi (dernières règles, fin juillet). S'il en est ainsi, que faut-il faire ? » — et plus loin : « S

elle commence véritablement une grossesse, serait-ce un de ces cas exceptionnels, où un avortement provoqué pourrait être discuté. Je suis convaincu que l'avortement, peut donner tout aussi bien que l'accouchement, un coup de fouet à une tuberculeuse pulmonaire. Mais ici nous sommes complètement désarmés au point de vue thérapeutique à l'égard de cette tuberculose puisqu'il est impossible de songer au pneumothorax ». Le professeur Couvelaire répondit ceci : « Cette torpidité depuis un an est-elle assez longue pour qu'on puisse sans danger risquer une gestation ? Je ne puis le dire. Dans le doute, je penche vers l'intervention ».

25 novembre 1925. — Intervention pratiquée à Baudelocque sans incidents (curage digital suivi d'un curettage léger du fond utérin, sous chloroforme. Suites normales).

En juin 1926, la malade habite la province et nous donne de bonnes nouvelles. Elle ne crache pas, son poids a augmenté de 4 kilogrammes.

En septembre 1926, l'amélioration persiste(1).

* * *

§ b) Le pneumothorax artificiel a été pratiqué, avant la gestation et poursuivi dans le cours de celle-ci.

Ici, il y a lieu de faire une distinction entre les pneumothorax dont la durée est inférieure à trois ans et ceux dont la durée est supérieure. Nous pensons que ces derniers seuls, sont capables de nous donner les meilleurs résultats; ce délai de trois ans, constitue un minimum en deçà duquel il est imprudent de vouloir rester, et le traitement bien compris demande à être poursuivi pendant quatre à cinq ans.

1. Le Dr Rist a présenté à la Société médicale des hôpitaux (Séance du 17 décembre 1926) une observation de Sayé (de Barcelone) tout à fait comparable : Femme de 23 ans atteinte d'une broncho-pneumonie ulcéro-caséreuse du lobe supérieur droit, cavitaires. Gestation de cinq mois en cours. Pneumothorax impossible. Thoracoplastie extrapleurale en deux temps à un mois d'intervalle. Collapsus suivi d'un bon résultat. Accouchement à terme sans incidents d'un enfant de poids normal nourri par sa mère. Guérison clinique maintenue après deux ans et demi. L'enfant va bien. Intervention parfaitement supportée. La thoracoplastie extrapleurale, réalisée pour la première fois chez la femme en état de gestation, représente un progrès certain entre les mains d'un chirurgien adroit.

Obs. V. — Mme Philomène V..., 24 ans (Baud. janvier 1926, 139).

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure gauche excavée dont le début remonte à juillet 1924 : elle maigrit alors, tousse et crache en septembre, présente une température à 38°5 et des sueurs nocturnes.

Décembre 1924. — Vue au Dispensaire Léon Bourgeois.

12 décembre 1924 : pneumothorax artificiel.

Le résultat est bon.

En janvier : elle retourne chez elle pour cure libre. Les insufflations sont régulières au Dispensaire.

Quatre mois après : avril 1925, elle devient enceinte. La gestation sera normale.

Janvier 1926 : accouchement à la clinique Baudelocque à terme, d'un enfant vivant pesant 3.680 (pl. 600 gr.). Il n'y a eu aucun phénomène de dyspnée, aucun trouble cardio-vasculaire.

Dans le mois qui suit l'accouchement survient une bilatéralisation annoncée par un point de côté, des frissons, une température à 39 et 40 degrés. Elle expectore à nouveau. Une radiographie ultérieure révèle des taches et marbrures sur toute la hauteur de l'hémithorax droit. Arrêt du pneumothorax.

Septembre 1926 : état précaire. Température oscillante. Expectoration abondante.

Obs. VI. — Mme Jenny..., 27 ans, 1075 (Baud., mars 1925-355).

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure droite excavée, diagnostiquée le 12 avril 1924.

Antécédents : en avril 1922 a accouché à terme d'un enfant qu'elle a allaité dix-huit mois ; depuis, se sent fatiguée, a maigri.

22 mars 1924 : se met à tousser avec crachats striés de sang.

16 avril 1924 : pneumothorax artificiel total. Pneumothorax efficace, l'expectoration cesse, le poids passe de 45 à 47 kgr. 600.

Fin mai, six semaines après, elle commence en gestation. Celle-ci sera normale.

2 mars 1925 : accouchement à la clinique Baudelocque d'une fille pesant 3 kgr. 200. Présentation en O. I. D. P. ; durée du travail 10 h. 15. Hémorragie de la délivrance de 850 grammes avec état syncopal, nécessitant une injection de 500 centimètres cubes de sérum glucosé. L'enfant est séparé.

Au moment de l'accouchement, disparition des bacilles à l'examen direct ; ils n'ont jamais réapparu depuis.

Mai 1926 : l'état de santé est parfait. L'apyrexie est complète. Gain de plusieurs kilos depuis le pneumothorax. Les insuffla-

tions sont régulières. L'intégrité du poumon opposé est complète.

Obs. VII. — Mme Lucienne F..., 25 ans, 1083 (Baud., août 1926-1607).

Tuberculose unilatérale gauche juxta-hilaire excavée, dont le début semble remonter à décembre 1923 : à cette date, elle tousse, expectore des crachats jaunâtres, parfois teintés de sang : se plaint de douleurs thoraciques du côté gauche, la température avoisine 39 degrés, la fatigue est marquée.

2 janvier 1924 : à l'examen au Dispensaire L. B. on note une tuberculose caractérisée radiographiquement (13187) par une condensation hilaire gauche avec excavation de moyenne dimension.

Homogénéisation positive.

21 janvier 1924 : pneumothorax artificiel. Collapsus établi progressivement en boule contre le hile.

Très bon résultat immédiat. L'expectoration quotidienne, passe de 30 à 4, le poids de 46 kilos à 50 kgr. 300.

Juillet 1925 : disparition des bacilles à l'examen direct.

Vingt-trois mois après, décembre 1925, elle commence une gestation. Celle-ci sera normale.

26 août 1926 : accouchement spontané à terme, à la clinique Baudelocque d'un enfant pesant 2 kgr. 800 (placenta 520) ; durée du travail : 18 h. 40. Aucun incident. Suites normales.

Obs. VIII. — Mme Henriette R..., relieuse, 30 ans.

Indice de contagion possible : père ancien tousseur.

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire inférieure droite excavée, ayant débuté le 29 avril 1923, par un point de côté droit, des frissons, des malaises, sans température ; la douleur persiste.

Juillet 1923 : évolution fébrile à 39 et 40 degrés. Elle tousse et crache.

Septembre 1923 : elle entre dans le service du Dr Rist (cliché radiographique J. 12 037).

17 septembre 1923 : pneumothorax artificiel. Le décollement est bon. Sortie en novembre, elle crache encore 20 fois par jour ; l'expectoration reste bacillifère. Le poids a passé de 44 kgr. 600 à 47 kgr. 500.

1924 : séjour à Bligny. Elle gagne 13 kilogrammes depuis le pneumothorax, ne crache plus depuis avril 1924. L'examen bactériologique sur lame est négatif depuis novembre 1924.

Ving-huit mois après, en janvier 1926, elle commence une gestation.

5 mai 1926 : le pneumothorax est continué, total, sec : le moignon pulmonaire écrasé contre le hile.

8 octobre 1926 : accouchement spontané à terme à la clinique Baudelocque. L'enfant pesait 3 kgr. 100 (pl. 480). Travail de 7 heures, dont trente minutes d'expulsion, sans incident. L'allaitement est autorisé après vaccination au B. C. G.

Obs. IX. — Mme Denise F. . . , 21 ans, découpeuse, 1069 (Baud. novembre 1924-1783).

Antécédents. — Un accouchement en août 1921 à terme. Enfant vivant pesant 3 kgr. 220. Suites normales. Indices de contagion : mère morte de tuberculose.

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure droite excavée, semblant débiter après une coqueluche en septembre 1922. A ce moment, un médecin porte le diagnostic de lésion du sommet droit, prescrit un sirop fortifiant, oublie l'analyse des crachats.

Juillet 1923 : elle tousse et crache, a maigri.

Le cliché radiographique J. 12096, montre une excavation sous-claviculaire droite, avec ombres très opaques, s'étendant du hile à la paroi.

19 septembre 1923. Pneumothorax artificiel. Résultat douteux à la sortie. Il y a dissociation des lobes pulmonaires, dont l'inférieure est retenu par une bride, le moyen bien collabé, le supérieur adhérent. Les cavités sont peu comprimées ; la poche est sèche. Surtout, l'expectoration restera bacillifère indéfiniment.

Cinq mois après, en 1924, elle commence une gestation ; elle accouche le 29 novembre à Baudelocque d'une fille pesant 2.800 (pl. 430 gr.), présentation en O. I. G. A. Durée du travail 11 heures.

1925. — Enceinte pour la troisième fois, elle accouche avant terme en juillet à Baudelocque.

Mai 1926. — Etat stationnaire, la compression est en apparence efficace, il existe un hydro-pneumothorax remontant à mi-hauteur de l'hémithorax. Bacilles présents à l'examen direct.

En résumé, le collapsus pulmonaire a permis à la malade de supporter deux gestations coup sur coup ; mais il n'a pas atteint tous ses objectifs, puisque l'expectoration reste bacillifère ; ce point reste gros de menaces pour l'avenir. Le résultat nous apparaît passable. Les insufflations sont continuées, car le traitement date de trois ans à peine.

Obs. X — Mme B..., 21 ans quatrième gestation, 1004 (Baud. août 1921, 1344). Indice de contagion possible : mari atteint de laryngite chronique.

Antécédents. — Mariée à 16 ans et immédiatement enceinte. L'accouchement est suivi d'un allaitement de trois mois ; peu après, une seconde gestation est interrompue par un avortement au troisième mois. A 18 ans, troisième gestation et accouchement ; l'enfant devait mourir à quatre mois de méningite.

En juin 1918 à 19 ans, la tuberculose débute par une hémoptysie fébrile, de l'amaigrissement.

Le 31 juillet 1919 (cliché radiographique n° 75254). Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose unilatérale gauche cavaire. Une tache du côté opposé fait différer l'institution d'un pneumothorax.

La cuti-réaction est négative à deux reprises.

13 juillet 1920. — Expectoration bacillifère. Le pneumothorax artificiel est pratiqué à gauche, la lésion du côté droit s'étant montrée stable, non évolutive. Très bon décollement et amélioration portant sur le poids, qui passe de 54 kgr. 300 à 56 kilogrammes, et sur la courbe de température.

Cinq mois après, décembre 1920, elle commence une gestation pour la quatrième fois. L'état est bon, il n'y a pas de liquide dans la poche.

9 août 1921. — Accouchement prématuré au cours du neuvième mois, trois semaines avant terme, à Baudelocque : naissance d'un garçon bien portant, pesant 2.500. Durée du travail 4 h. 20. Expulsion spontanée sans incidents. L'enfant vu trois mois plus tard, était athrepsique, il avait gardé son poids de naissance.

Avril 1923. — Disparition des bacilles sur lame.

Octobre 1923. — Le pneumothorax est abandonné par la malade, son état est stationnaire ; elle vit chez elle. Perdue de vue depuis.

Revue en novembre 1926 : bilatéralisation étendue démontrée par un cliché.

En résumé : le pneumothorax donne une amélioration presque immédiate, les bacilles ont disparu au cours de la troisième année. L'amélioration se maintient pendant le temps de l'observation, si nette que la malade a pu s'exposer après peu de mois, à une nouvelle gestation. Il n'y a pas d'autres renseignements sur le dernier enfant. Collapsus maintenu trois ans et trois mois.

Obs. XI. — Mme Marie S..., 23 ans, femme de chambre (Baud. mai, 1924, 720). Tuberculose récente, fébrile, unilatérale gauche cavitaire. Bilatéralisation, deux pneumothorax alternés. Gestation entre le premier et le deuxième pneumothorax.

Elle tousse en janvier 1923, se plaint d'une douleur thoracique à la base gauche, de sueurs nocturnes, d'amaigrissement. Février 1923, hémoptysie prolongée. Vue par le Dr Ameuille au dispensaire L. B., le 21 février 1923 : pas de signes stéthacoustiques, mais le cliché radiographique montre dans le parenchyme pulmonaire gauche, sain, une vaste image cavitaire à la partie moyenne du poumon gauche, avec niveau liquide très net (10.289). Intégrité du champ pulmonaire droit.

Présence de bacilles à l'examen direct. Cuti-réaction faible.

La température est à 39°5 à l'entrée dans le service du Dr Rist.

24 février 1923. — Après une nouvelle hémoptysie, pneumothorax artificiel. L'amélioration est immédiate, malgré un collapsus incomplet. Pourtant, la température reste subfébrile à 38 degrés et n'est maîtrisée qu'en juin, elle crache cinq fois par jour, le poids passe de 51 kilogrammes à 55 kgr. 500.

4 juillet 1923. — Le collapsus persiste incomplet. De plus, l'examen radiologique révèle du côté droit, sous la quatrième côte, une petite excavation de la grosseur d'une noisette, visible à la toux, sans signes stéthacoustiques nouveaux.

Après sept mois de pneumothorax, août 1923, elle commence une gestation, l'expectoration reste bacillifère. La gestation est normale. Séjour à la Tuyolle de juillet 1923 à août 1924.

Entre temps, le 20 mai 1924, accouchement normal à terme. (délivrance artificielle 3 heures après pour rétention placentaire). L'enfant pesant 3.530 (pl. 450 gr) est bien portant et isolé. Il a reçu trois injections de sulfarsénol, sa croissance est normale.

Juillet 1924. — Aggravation subite, la température est de 40 degrés, elle présente de la dyspnée, des sueurs nocturnes, tousse et crache davantage; elle maigrit. Les insufflations sont arrêtées par le Dr Ameuille. Elle entre dans le service du Dr Rist, pour un second séjour.

Le cliché radiographique J. 15575 montre que le poumon anciennement collabé ne présente que quelques petites altérations discrètes, en éventail, à point de départ hilair. A droite : grosse condensation du lobe supérieur droit avec pertes de substance. Le reste du poumon présente une infiltration généralisée avec petite condensation et une image cavitaire probable à hauteur du hile.

13 août 1924. — Pneumothorax artificiel du côté droit avec bon décollement; malgré cela, elle sortira en médiocre état, fébrile,

crachant des bacilles, maigrissant d'une façon continue, le poids ayant passé de 53 kgr. 350 à 47 kgr. 600.

Nous savons qu'elle est morte à la fin de 1925.

Cette observation, si intéressante, nous montre, qu'il a été possible à deux reprises de surprendre une localisation pulmonaire, sans signes stéthacoustiques, grâce à des examens radiologiques précoces et systématiques. Le premier collapsus n'a eu qu'un résultat transitoire; il est grave de voir un refoulement incomplet avec expectoration bacillifère. Pourtant l'accouchement a pu avoir lieu; mais il a donné un véritable coup de fouet à une bilatéralisation qui avait pu être décelée un an auparavant par cliché radiographique.

Obs. XII. — Mme Blanche C..., 23 ans.

Tuberculose pulmonaire droite cavitaire post-puerpérale. Deux pneumothorax alternés; gestation entre les deux pneumothorax.

La maladie a débuté en avril 1919, au cours d'un allaitement, huit mois après un accouchement, par hémoptysie abondante, fébrile. Dès ce moment, il y a amaigrissement et perte des forces. L'enfant devait mourir à 13 mois de broncho-pneumonie. Elle-même, en 1920, toussé, expectore, a de la fièvre et une nouvelle hémoptysie. Elle est mal traitée par la créosote.

Juillet 1921, à Cambo, le Dr Colbert constate une excavation du poumon droit.

20 novembre 1921, il pratique le premier pneumothorax à droite. La température tombe en quelques jours de 39°, 40° à 37°5, la toux et l'expectoration pour disparaître peu à peu.

Avril 1922. — Elle commence une gestation.

27 décembre 1922. — Elle accouche à Paris à huit mois, d'une fille morte peu de semaines après. Suites normales.

12 janvier 1923. — Vue au dispensaire Léon-Bourgeois. Son état est bon. Le pneumothorax est total, efficace. Pas de bacilles sur lame.

Avril 1923. — Evolution fébrile. Amaigrissement de 4 kilos, crache à nouveau. Bilatéralisation, radiologiquement indubitable, sans signes stéthacoustiques. Arrêt du pneumothorax.

12 octobre 1923. — Un séjour sanatorial ne l'améliore pas. A son entrée dans le service du Dr Rist, les lésions gauches sont massives. Présence de bacilles. La température est à 38°4, elle crache vingt fois.

Malgré la présence des signes stéthacoustiques droits, les lésions droites paraissant torpides, un pneumothorax est pratiqué à gauche, d'emblée total, péri-pulmonaire, en pression fortement

négative (au début -- 16). Reprise de l'évolution des lésions droites, avec fièvre élevée. Les bacilles sont nombreux. Des crises dyspnéiques répétées nécessitent des évacuations gazeuses.

Elle se cachectise et meurt, le 19 février 1924.

Donc : la tuberculose unilatérale droite post-puerpérale, a été traitée par un pneumothorax droit, maintenu dix sept mois. Le résultat a été bon. Une seconde gestation survient, l'accouchement a été le signal, quatre mois après, d'une bilatéralisation. Après arrêt du collapsus droit, on pratique un pneumothorax gauche sans résultat. Elle meurt quatre mois après.

Obs. XIII. — Mme Augustine F..., 26 ans, 1070 (Baud. août 1926-1438).

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure gauche cavitaire, dont le début semble remonter à juillet 1921; elle tousse et crache alors, se plaint de fatigue, de douleurs thoraciques. La voix commence à se voiler. En août, elle a une hémoptysie. Surviennent des périodes alternées d'amélioration où elle travaille et de rechute avec hémoptysie.

Elle entre dans le service le 27 décembre 1922.

Evolution fébrile à 38°. Tuberculose laryngée coexistante.

30 décembre 1922. — Pneumothorax artificiel. L'amélioration immédiate porte sur la température et l'expectoration (qui passe de 20 à 3).

Mai 1923. — Résorption spontanée totale du pneumothorax, qui est repris au trocart avec succès : une bonne compression est assurée. Elle part pour la Tuyolle très améliorée.

Les bacilles disparaissent en juin.

Deux ans après : novembre 1924, elle commence une gestation.

20 août 1925. — Accouchement à Baudelocque, à terme, sans incidents. Durée du travail 4 h. 35. Enfant bien portant pesant 3.200 grammes (pl. 630).

En résumé : tuberculose unilatérale cavitaire très améliorée par la collapsothérapie. Deux ans après survient une gestation, elle est menée à terme. L'accouchement a lieu sans incidents, les insufflations sont continuées (juin 1926 à la Tuyolle); car le traitement ne date que de trois ans et demi.

Obs. XIV. — Mme H..., 25 ans, 1073.

Indice de contagion : mari mort en mai 1918 de tuberculose pulmonaire. Dès ce moment, elle tousse et crache, maigrit. Tuberculose pulmonaire peut-être conjugale.

Elle n'est vue que le 10 mai 1922. Elle présente une tuberculose caractérisée (cliché J. 8647) par une diminution de transparence de l'hémithorax gauche dans ses 2/3 supérieurs, d'une façon non homogène, avec petite cavité apexienne gauche. Intégrité du champ pulmonaire droit. Présence de bacilles en juin.

14 juin 1922. — Pneumothorax artificiel total ; il surviendra un petit épanchement passager de la base gauche, avec température, matité et succussion hippocratique, plusieurs fois ponctionné. Dextrocardie.

Septembre 1922. — Compression efficace, part pour le sanatorium d'Angicourt en état d'apyrexie, ne crachant presque pas. Disparition des bacilles à l'examen direct.

Trois ans après, avril 1925 : elle commence une gestation.

Septembre, 5^e mois de la gestation ; bon état. Elle, ne crache plus, le poids augmente, il n'y a pas de bacilles.

30 janvier 1926. — Accouchement à Baudelocque, enfant séparé.

Mars 1926. — Très bon état. Le collapsus est parfait. L'expectoration nulle. L'examen bactériologique est négatif.

En résumé : le résultat fourni par la collapsothérapie est aussi parfait que possible. Une gestation est survenue, près de trois ans après le début du traitement. L'accouchement à terme, n'a donné lieu à aucun incident, les insufflations sont continuées sur ce pneumothorax de quatre ans.

Obs. XV. — Mlle V... Renée, 20 ans (Baud. décembre 1925, 2213).

Tuberculose ayant débuté en juillet 1922 par de la toux, des expectorations verdâtres, des hémoptysies récidivantes, de la fièvre.

Vue par le Dr Ameuille au Dispensaire L.-B. en août 1922 (cliché J. 9192). Tuberculose caractérisée : par une condensation homogène de tout le poumon droit. Intégrité du champ pulmonaire gauche, confirmée par un cliché J. 9242. Présence de bacilles. Cuti-réaction positive.

Septembre 1922. — Pneumothorax artificiel : décollement total sec.

L'amélioration porte sur la température qui est régularisée, sur l'expectoration qui devient presque nulle, sur le poids qui

passé de 51 kilogrammes à 53 kilogrammes. Séjour aux Sanatoria d'Angicourt et de Bligny.

Deux ans et demi après : mars 1925, elle commence une gestation. Séjour à la Tuyolle. La gestation sera normale.

17 décembre 1925. — Accouchement à Baudelocque à terme, sans incidents d'un enfant vivant pesant 2.000 grammes (pl. 420). Croissance normale de l'enfant.

Séjour sanatorial à la Tuyolle, jusqu'en fin mars 1926 : les examens de crachats ont été négatifs. En très bon état en novembre 1926.

En résumé : le résultat dû au pneumothorax est très bon. Une gestation survient deux ans et demi après. L'accouchement n'est marqué d'aucun incident. On continue les insufflations : le collapsus date de quatre ans.

Obs. XVI. — Mme G..., 25 ans.

Tuberculose juxta-axillaire gauche excavée.

Pneumothorax artificiel juillet 1922. Très bon résultat.

Se marie en avril 1925, En état de gestation en août 1925.

28 avril 1926. — Accouchement à Baudelocque. Présentation en O. I. G. A. Travail de dix heures, dont 15 minutes d'expulsion, très bien supporté, sans dyspnée ni accélération du pouls. Enfant pesant 2 kgr. 250 qui devait mourir au douzième jour (l'examen anatomique et bactériologique des pièces a démontré l'absence de toute lésion tuberculeuse).

Obs. XVII. — Mme Adrienne H..., 23 ans, domestique, 1909.

Tuberculose cavitaire droite, ayant débuté en janvier 1920 par de la toux, des expectorations verdâtres, striées de sang, de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes.

Elle entre dans le service le 2 janvier 1921. La température est à 37°8.

Tuberculose caractérisée radiographiquement par des taches et des marbrures dans les 4/5 supérieurs de l'hémithorax droit, avec une série de larges images cavitaires dans la partie moyenne. Intégrité du champ pulmonaire gauche. Présence de bacilles.

11 janvier 1921. — Pneumothorax artificiel suivi d'un bon résultat. L'apyrexie est acquise fin février. Les bacilles disparaissent sur lame en avril. Poche sèche.

27 mois après : avril 1923, elle commence une gestation.

23 janvier 1924. — Accouchement à terme sans incidents d'un enfant vivant (pas de détails).

A un peu maigri depuis. Mais elle ne tousse pas, n'a pas de fièvre, il n'y a pas de bacilles dans l'expectoration.

Mai 1926. — S'est installée dans le centre de la France, d'où elle revient toutes les quelques semaines à Laënnec pour ses réinsufflations.

Le résultat est très bon ; le collapsus est entretenu cinq ans et demi, la malade restant fidèle à un traitement qui a enrayé l'évolution d'une forme grave, étendue, et qui a permis la naissance d'un enfant vivant.

Obs. XVIII. — Mme Yvonne S..., 17 ans, 3 gestations. 1907. (Baud., décembre 1923-1909).

Tuberculose post-puerpérale. Un pneumothorax s'intercale entre deux gestations.

Tuberculose multicavitaire droite, débutant en septembre 1920, deux mois après un accouchement. Elle tousse et crache à ce moment. Des bacilles sont trouvés dans l'expectoration en décembre (l'enfant devait mourir à 6 mois en nourrice, de méningite tuberculeuse).

A l'examen du 21 décembre 1920 : tuberculose caractérisée radiographiquement par une opacité occupant les $\frac{3}{4}$ supérieurs du poumon. 3 ou 4 taches claires, à contour circulaire, sous la clavicule. Poumon gauche apparemment normal.

Présence de bacilles nombreux dans une expectoration abondante.

22 décembre 1920 : pneumothorax artificiel avec bon décollement. Elle sort améliorée en mars 1921. Séjour à Angicourt.

Sept mois après, juillet 1921 : début d'une seconde gestation.

Octobre 1921 : l'examen radioscopique montre : à gauche, un petit foyer de densification, à limites très imprécises, avec condensation péri-bronchique entre le hile et la clavicule ; il y aurait un aspect cavitairé mal caractérisé sous la clavicule. Le cliché radiographique confirme les mêmes données. Elle se plaint d'une douleur thoracique gauche exagérée par la toux et l'inspiration forte.

Il s'agit d'une véritable révélation radiologique, car il n'existe aucun signe stéthacoustique à gauche ; il n'y a pas d'élévation de température. Cuti-réaction positive.

Janvier 1922 : disparition des bacilles dans les expectorations homogénéisées. Gestation de 6 mois en bonne voie.

Février 1922 : le murmure vésiculaire est diminué sur la moitié supérieure de l'hémithorax gauche, sans signes adventices.

La radioscopie confirme l'existence de nombreuses taches peu foncées sur le tiers moyen du champ pulmonaire gauche.

29 avril 1922 : accouchement à Baudelocque, sans incidents,

d'un garçon de 3.150 grammes, qui devait mourir à 6 semaines.

Juillet 1922 : la poussée évolutive du côté gauche est en voie de régression nette, elle disparaîtra complètement par la suite.

Mars 1923 : enceinte pour la troisième fois. L'état est excellent l'expectoration non bacillifère.

5 décembre 1923 : accouchement à Baudelocque d'un garçon vivant, pesant 3.270 grammes. Travail de 9 h. 15 qui n'a été marqué d'aucun incident. L'enfant a été placé à l'œuvre Grancher. Le collapsus est régulièrement entretenu.

Juin 1926 : excellent état, poche sèche avec pression vers +12. Absence de bacilles.

En résumé : tuberculose cavitaire droite post-puerpérale améliorée par un pneumothorax. Au troisième mois d'une seconde gestation, une condensation se déclare du côté gauche, peu évolutive, constatable au seul examen radiologique. Fait paradoxal, l'expectoration cesse bientôt d'être bacillifère. Le collapsus n'est pas suspendu à droite. Cette persévérance était justifiée, car, après l'accouchement sans incidents, les lésions symétriques ont régressé sans laisser de traces. Troisième gestation ultérieure, la collapsothérapie a permis la naissance de deux enfants vivants. Collapsus entretenu après cinq ans et demi. Résultat parfait.

Obs. XIX. — Mme R..., née A..., 19 ans, 1908.

Tuberculose à forme juxta-scissurale, cavitaire, unilatérale gauche, ayant peut-être débuté en 1918. En 1920 : hémoptysie récidivante à l'occasion des règles.

17 novembre 1920 : tuberculose caractérisée radiographiquement par des taches et marbrures dans la région scissurale ; petite cavité grosse comme une noix, à 6 centimètres sous la clavicule, au contact de la paroi axillaire. Intégrité du poumon droit.

Présence de bacilles, après médication à l'iodure de potassium.

14 décembre 1920 : pneumothorax artificiel. La compression est efficace. La poche restera sèche. Elle part améliorée, ayant gagné 2 kilogrammes. Séjour à Angicourt où 10 lames et une homogénéisation sont négatives.

En octobre 1922 : elle revient en bon état, ne tousse ni ne crache, travaille 8 heures par jour.

28 mois après : avril 1924 : début d'une gestation.

23 janvier 1923 accouchement à terme à la Maternité de Boucicaut. Présentation : siège complet en gauche transverse.

Expulsion spontanée, après 21 heures de travail ; fille pesant 3.020 grammes (pl. 400). Les suites sont normales. L'enfant a été séparé aussitôt.

1926 : très bon état, la compression est suffisante, malgré l'irrégularité de la malade aux séances d'insufflation.

En résumé : l'amélioration due au pneumothorax est très nette. Une gestation, un accouchement difficile et long ont pu avoir lieu sans incident. Le collapsus est entretenu depuis cinq ans et demi, mais la base tend à se recoller, par suite de l'indocilité de la malade (mars 1926).

Obs. XX. — Mme H..., 28 ans.

Indices de contagion : mariée à 20 ans ; son mari tombe malade après deux ans de mariage et a toussé, est décédé.

1^{er} mai 1919 : elle croit avoir pris froid, ressent un point de côté à gauche, toussé ; elle s'alite. Vers cette époque, elle a présenté des hémoptysies. C'est alors qu'un diagnostic médical fait en ville, portant : « congestion chronique du sommet gauche ». Elle eut comme traitement : une potion expectorante, de l'aspirine, du sirop Famel, des applications de teinture d'iode. Elle fut envoyée au Dispensaire L. B., le 3 juin 1919.

Un cliché radiographique (20 juin 1919), confirme l'existence d'une forme étendue de tuberculose, à type de pneumonie caséuse.

Présence de bacilles. Cuti-réaction faible et pâle.

5 juillet 1919 : pneumothorax artificiel.

En août : le décollement est complet sauf une adhérence apexienne. La température tombe de 38° à 37° et 37° 5. Hydro-pneumothorax ultérieur, puis pyopneumothorax, occupant, en avril 1920, la moitié inférieure de l'hémithorax. La dyspnée oblige à une évacuation d'un litre de liquide séro-purulent, suivie d'une réinjection d'azote d'un litre. Seconde évacuation ultérieure. Résorption définitive. Dans les années suivantes, l'état est tout à fait bon. Le collapsus est entretenu régulièrement.

Cinq ans et quatre mois après, novembre 1924 : elle commence une gestation.

En janvier 1925 : les insufflations sont pratiquées tous les 4 mois ; depuis longtemps la malade ne crache plus, même sous l'influence de l'iodure de potassium.

10 août 1925 : accouchement spontané à terme, à la maternité de Saint-Louis, d'un garçon pesant 3.550 grammes. Présentation du sommet. Déchirure périnéale. Pas de suites de couches. L'enfant a reçu dès sa naissance du vaccin B. C. G. 3 jours de

suite. L'allaitement est autorisé, la croissance de l'enfant est normale.

Février 1926 : l'état est si parfait que la malade a pu garder son enfant auprès d'elle, elle a repris un travail léger.

En résumé : l'action d'arrêt du pneumothorax a été précoce et définitive dans une forme que l'on sait être grave à brève échéance. L'incident pleural, souvent long, n'a pas eu de suite. Une gestation menée à terme, un accouchement normal, un enfant qui peut vivre auprès de sa mère : il est impossible d'obtenir un résultat plus complet.

Obs. XXI. — Mlle Emilienne B..., 16 ans, maroquinière, 1028.

Tuberculose droite cavitaire, débutant en janvier 1919 par un point de côté, de la fièvre, de la toux. Elle est vue au Dispensaire en juin 1921 : forme caractérisée radiographiquement (75225) par une zone de densification entre le hile et la clavicule, à droite, avec aspect en mie de pain. Le lobe supérieur est occupé par une ombre non homogène, à limite supérieure nette ; à la partie inférieure de cette ombre et près de l'aisselle, il y a une image cavitaire. Champ pulmonaire gauche normal.

Présence de bacilles.

24 juillet 1919 : pneumothorax artificiel. Résultat efficace : la malade prend du poids. De février à mai 1920 : encéphalite épidémique, pendant laquelle les insufflations ont été poursuivies. Il persistera, en mars 1921, des séquelles sous formes de troubles oculaires.

Un an après juillet 1920 : elle commence une gestation. Séjour à Angicourt de novembre 1920 à mars 1921. La malade s'y porte bien, y gagne plusieurs kilos, ne crache pas. Tous les examens de crachats ont été négatifs.

Avril 1921 : accouchement spontané à terme. Présentation du sommet. Expulsion d'une fille pesant 2.250 grammes. Travail très long, ayant duré près de 80 heures, du 6 au 10 avril. Pas de suites pathologiques. L'enfant est isolé.

19 juillet 1921 : le cliché J. 7228 révèle : avant tout signe stéthacoustique, une condensation symétrique discrète mais nette, sur toute la hauteur de l'hémithorax opposé. Réapparition des bacilles. Suspension du pneumothorax. L'aggravation est rapide, la malade devient cachectique et meurt en janvier 1922.

Ici encore, les données radiologiques sont le témoin d'une forme étendue grave, extensive, dont l'évolution a été enrayée par l'institution d'un pneumothorax. Le résultat a

paru devoir se maintenir. Une gestation a été bien supportée, puis un accouchement long et pénible ; 3 mois après, et probablement plus tôt, survenait l'évolution symétrique qui emportait la malade. Durée du collapsus : 2 ans. Malade extrêmement indocile, pneumothorax entretenu de façon très précaire et irrégulière de ce fait.

Obs. XXII. — Mme M..., 24 ans, ouvrière d'usine, 1029.

Antécédents. — En 1914, un accouchement suivi d'infection puerpérale. Tuberculose massive, cavitaire gauche, débutant en avril 1919, et caractérisée radiographiquement, en août 1919, par une opacité de tout l'hémithorax gauche. L'ombre est dense dans la partie supérieure sous la clavicule, avec aspect en mie de pain. Elle tousse et expectore beaucoup, a de la dyspnée, de la température vers 39°.

Présence de bacilles.

14 août 1919 ; pneumothorax artificiel. Bon décollement sec.

Octobre 1919 ; la température est régularisée vers 37°. Un peu de liquide dans le sinus. Apparition d'une condensation discrète entre le hile et le sommet droit.

5 mois après, janvier 1920 : début d'une gestation.

Juin : pyopneumothorax évacué. Réinjection d'azote consécutive. L'expectoration reste bacillifère. La cuti-réaction est très faiblement +.

Octobre 1920 : accouchement d'un enfant vivant (pas d'autres renseignements).

Avril 1921 : condensation symétrique confluyente, avec évolution fébrile (39° le soir), arrêt du pneumothorax. L'aggravation est rapide. Elle meurt en décembre 1921, 28 mois après le début du pneumothorax.

Obs. XXIII. — Mme B... Clarisse, 22 ans, 1032.

Tuberculose cavitaire gauche unilatérale, ayant peut-être débuté en décembre 1920, caractérisée radiographiquement le 14 décembre 1920 par des taches et marbrures sur la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche, avec semis d'images cavitaires sous-claviculaires. Poumon droit apparemment normal. Présence de bacilles.

8 janvier 1921 : pneumothorax artificiel suivi d'une hémoptysie transitoire. Efficacité immédiate portant sur l'expectoration qui diminue et sur le poids qui augmente de 2 kilogrammes.

Deux mois après, mars 1921 : début d'une gestation. Les insufflations sont poursuivies.

Septembre 1921 : condensation symétrique radiologiquement démontrée.

30 novembre 1921 : accouchement à terme d'une fille pesant 4 kilogrammes. Le travail n'a donné lieu à aucun incident. L'enfant est placée à l'œuvre Grancher.

Octobre 1922 : l'état est mauvais, elle a maigri, tousse et crache beaucoup. L'expectoration n'a pas cessé d'être bacillifère. Les insufflations sont poursuivies. Le cliché J. 9539 montre la persistance de lésions du côté droit, avec possibilité d'image lacunaire à la partie moyenne.

La malade s'est émancipée de notre tutelle ; nous savons qu'elle est décédée chez elle en février 1924, 3 ans après le début du pneumothorax. Sa fille avait, croit-on, des lésions pulmonaires, la mère l'ayant reprise à l'œuvre Grancher pour la faire vivre auprès d'elle.

En résumé: ces deux dernières observations, concernant deux malades de même âge, prouvent encore une fois, l'influence immédiate d'un pneumothorax institué à temps. Les malades se croient sur la voie de la guérison ; une gestation commence, beaucoup trop tôt : 5 mois dans un cas, 2 mois dans l'autre, après le début du traitement. L'influence aggravante est nette dans la dernière observation. Les deux malades meurent par évolution symétrique. La positivité des expectorations a été constante.

Obs. XXIV. — Mme C..., née R... (Baud., juin 1923-756).

Tuberculose unilatérale droite, traitée par un pneumothorax artificiel à Leysin en mai 1920, avec un bon résultat, soignée au Dispensaire L. B. à partir de novembre 1921. Pyopneumothorax : on lui fait à cette date une ponction évacuatrice de liquide puriforme.

Vingt huit mois après le début du pneumothorax, septembre 1922 : elle se marie, devient immédiatement enceinte.

Décembre : gestation normale, mais elle crache et tousse beaucoup. Il n'y a aucun signe d'évolution du côté opposé. La cuti-réaction est faible.

12 juin 1923 : accouchement spontané à terme. Durée du travail 7 heures. Présentation en O. I. G. A. Fille pesant 3.250 grammes qui devait mourir très rapidement, le 25 juin 1923. Durée du travail : 5 h. 45. Suites normales ; à cette date la malade ne crache presque plus.

Observation incomplète, puisque la malade partie pour la

province a été perdue de vue. Elle prouve du moins, entre beaucoup d'autres, l'absence de complications dues au collapsus pulmonaire au cours de l'accouchement, chez une femme pneumothoracisée.

Obs. XXV. — Mme Suzanne H..., 20 ans, vendeuse.

Tuberculose unilatérale pulmonaire gauche, paraissant dater d'août 1922, elle tousse alors. Fin octobre 1922, survient un point de côté violent et persistant au niveau de l'omoplate gauche ; elle reste alitée 8 jours. Ne sait si elle eut alors de la température. Forme caractérisée au début de 1923, par la présence dans le poumon gauche (cliché J. 9785), autour du hile, d'une zone diminuée de transparence d'une façon assez homogène. Diminution de transparence de la base gauche.

Expectoration bacillifère.

A Angicourt un nouveau cliché précise l'existence d'une tuberculose juxta-hilaire gauche, avec possibilité d'excavation.

Novembre 1923 : pneumothorax artificiel pratiqué à Angicourt par le Dr Buc. Très bon résultat. L'expectoration cesse rapidement d'être bacillifère.

Deux ans après, novembre 1925 : elle devient enceinte. La gestation est normale.

4 juillet 1926 : accouchement prématuré à 8 mois à la clinique Baudelocque d'un enfant pesant 2.130 grammes. L'accouchement n'a été marqué d'aucun incident.

II. — Cas où la tuberculose, antérieure à la gestation, est aggravée par elle et traitée par le pneumothorax au cours de cette gestation.

Obs. XXVI. — Mme C..., 29 ans, employée de Banque, 1001.

Cette observation, a été publiée par M. Rist à la veille de la guerre (1). Tuberculose, à forme hémoptoïque et à marche torpide, datant de 1909, ayant nécessité des séjours à Hyères, à Pau, réveillée par une gestation. Entrée dans le service du Dr Rist en mars 1914, à la suite d'une hémoptysie récente, en état de gestation de 5 mois ; a maigri, elle tousse et crache.

L'examen stéthacoustique dénotait des signes cavitaires.

Le cliché radiographique, interprété par M. Maingot montre : à

1. Rist et Léon Kindberg, *quatre cas de phthisie pulmonaire traités par le P. A.* (Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., 30^e année n° 26, p. 146-150, 1914 ; Soc. d'Obs. et de Gyn., 14 mars 1921).

droite, diminution de transparence du lobe supérieur, à limites nettes, avec riche aspect cavitaire; intégrité du champ pulmonaire gauche.

Présence de bacilles.

26 mars 1914 : pneumothorax artificiel. Décollement incomplet au sommet, bon à la base, immédiatement efficace. Elle sort le 25 avril, en très bon état, ne crachant plus et reprenant du poids.

13 juin, à 7 mois 1/2, rupture prématurée des membranes, accouchement spontané prématuré (service du P^r. Bar à Tarnier). Le travail est pénible, la dilatation lente, application de forceps, l'enfant meurt pendant le travail (double circulaire du cordon). Suites normales apyrétiques. Le lendemain de l'accouchement insufflation d'un litre d'azote.

Revenue dans le service le 29 juin : un léger épanchement apparaît bientôt, qui fut ponctionné à plusieurs reprises.

La malade fut perdue de vue pendant la guerre. Nous savons seulement qu'elle est partie pour le Maroc en 1922.

Obs. XXVII. — Mme Albertine T..., 22 ans, dactylo, 1076, (Baud, novembre 1925, 2098).

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure droite, datant peut-être d'avril 1924, époque à laquelle elle commence à tousser et à maigrir. Elle travaille dans un bureau malsain, se nourrit mal ; sa fatigue augmente, la toux et l'expectoration sont plus importantes ; elle se plaint de sueurs nocturnes. Mariée en janvier 1925, elle est enceinte en février. La toux est continuelle ; ses crachats sont abondants, épais, striés de sang, température entre 37-38 degrés.

Avril : diagnostic porté en ville : « Lésion du sommet droit. »

Juin : des bacilles sont trouvés dans l'expectoration.

Août : elle consulte au dispensaire.

31 août 1925 : pneumothorax artificiel à 6 mois de gestation.

Bon décollement, immédiatement efficace. Régularisation de la température. Le poids passe de 58 kilogrammes à 63 kilogrammes.

Le 23 octobre : les bacilles disparaissent à l'examen direct, mais persistent à l'homogénéisation.

30 novembre 1925 : accouchement à la clinique Baudelocque. Expulsion spontanée à terme d'un enfant vivant, pesant 3.600 grammes (pl. 780 gr.). Présentation en O. I. G. A. Il n'y eut au cours de l'expulsion aucun phénomène particulier. L'enfant est séparé.

Été 1926 : l'état de la malade est excellent, elle mène une vie normale ; le collapsus est régulièrement entretenu.

Obs. XXVIII. — Mme Berthe C..., 37 ans (obs. due à l'obligeance de M. le docteur Urbain Guinard).

Tuberculose lobaire supérieure gauche cavitaires, dont le début clinique apparent est marqué en février 1925, par une hémoptysie.

En avril : on trouve des B. K. pour la première fois.

11 septembre 1925 : elle entre à Bligny, où le diagnostic ci-dessus est établi ; elle est en état de gestation. 4 examens directs de bacilles sont positifs.

16 novembre 1925 : pneumothorax artificiel, immédiatement satisfaisant. Les expectorations ne sont plus que d'un ou deux crachats, non bacillifères. Décollement complet.

27 janvier 1926 : sort en très bon état.

Fin février : poussée liquidienne.

Mars 1926 : accouchement à Baudelocque, spontané, à terme. Abandon du pneumothorax (pleurésie adhésive). Absence de bacilles.

Mai 1926 : radioscopie ; opacité de tout le champ pulmonaire, gauche ; clarté trachéale attirée à gauche.

En résumé : efficacité d'un pneumothorax établi au cinquième mois de la gestation. Disparition des bacilles à l'examen direct, gestation menée à terme et accouchement sans incidents.

L'abandon après quatre mois, du pneumothorax, en pleine période post-puerpérale, nous oblige à poser un pronostic très réservé.

Obs. XXIX. — Mme D..., 25 ans, sténo-dactylo, 1015.

Tuberculose gauche cavitaires, ayant débuté en mars 1922, par un épisode pulmonaire, soigné en ville, aggravée en octobre-novembre 1922, au moment où commence sa première gestation (dernières règles 2 novembre).

Vue le 23 novembre par le Dr Brissaud.

Le cliché 9.712 montre : la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche très diminuée de transparence, presque opaque, sans limite inférieure nette ; trois images cavitaires, superposées de bas en haut, de part et d'autre de la clavicule. Intégrité du champ pulmonaire droit.

Présence de bacilles. Cuti-réaction positive. Toux émétisante, température à 38 degrés.

Examen laryngé : infiltration des cordes vocales, sans caractère spécifique.

4 décembre 1922 : pneumothorax artificiel au premier mois.

Décollement presque total, sauf au sommet et à la base. Le collapsus est efficace. La température tombe à 37 degrés. Le poids passe de 49 kgs. à 50 kgs. 700. Les expectorations diminuent de 30 à 10 par jour. Elles restent bacillifères à la sortie.

Août 1923 : accouchement à terme d'un enfant vivant (les détails manquent).

Mars 1924 : ne crache plus, apyrexie, a gagné 7 kilogrammes.

Obs. XXX. — Mme Victorine M..., 26 ans, infirmière (Baud. juin 1923 736).

Tuberculose unilatérale gauche, datant de mai 1919. Une première gestation, en 1920, est suivie d'un allaitement. Elle tousse, maigrit, est envoyée en séjour à Brévannes.

Septembre 1922 : début d'une seconde gestation. Elle tousse, l'expectoration est bacillifère. L'examen stéthacoustique et radiographique montre des lésions étendues, occupant la plus grande partie du champ pulmonaire gauche. Il y a intégrité du poumon droit. Présence de bacilles.

17 novembre 1922 : pneumothorax artificiel institué à Angicourt, au deuxième mois. Son état s'améliore rapidement, elle gagne 8 kilogrammes, cesse de tousser et de cracher, la recherche directe des bacilles est négative. Cuti-réaction positive.

6 juin 1923 ; accouchement à la clinique Baudelocque, spontané, à terme. Présentation en O. I. G. A. Durée du travail 13 h. 30. Aucun incident n'a été signalé au cours du travail.

L'enfant, un garçon, pesant 3.000 grammes, a été séparé.

Depuis l'accouchement, son état s'aggrave, elle tousse à nouveau, crache et maigrit. Elle suit irrégulièrement les séances de réinsufflations. La bilatéralisation apparaît rapidement.

L'examen radioscopique montre : taches disséminées dans le tiers supérieur du poumon droit. Pneumothorax gauche très partiel, avec hydropneumothorax.

Nombreux bacilles.

Laryngite tuberculeuse (infiltration des bandes ventriculaires et de la région inter-arythéoidienne. Lésions de la corde vocale gauche).

Cuti-réaction négative le 17 juillet, mort le 19 juillet 1924.

En résumé : malgré l'institution précoce d'un pneumothorax (au deuxième mois de la gestation) et l'amélioration éprouvée dès le début, la malade n'a pu résister à une poussée évolutive grave, survenue du côté opposé, sous l'influence de l'accouchement. La gestation a été menée à terme. Durée du collapsus huit mois.

Obs. XXXI. — Mme P..., 23 ans, 1037.

Tuberculose cavitaire gauche chez une syphilitique, ayant débuté en septembre 1915 par un point de côté, de la toux, des expectorations, de la dyspnée et une température à 40 degrés. Elle resta couchée de longues semaines. Une hémoptysie abondante et récidivante, se produisit en novembre 1915. Son poids tomba de 65 à 47 kilogrammes.

En 1916 elle se marie, vient à Paris où elle travaille comme ouvrière de guerre dans une fonderie d'acier, 10 heures par jour. De petites hémoptysies se sont encore produites. En juillet 1918 elle fait un avortement.

Août 1919 : début d'une gestation.

En septembre 1919 : elle est vue au Dispensaire L. B. où l'on note :

Examen radiologique. — Le champ pulmonaire gauche est le siège de zones de densifications, inégales, avec pommelures. Intégrité du côté droit.

Présence de bacilles.

Pneumothorax artificiel gauche avec bon décollement établi au cours du deuxième mois. Elle sort très améliorée.

Janvier 1920 : elle présente des troubles mentaux avec prostration ; M. Lequeux pensa à cette date à une manie gravidique.

Avril 1920 : accouchement prématuré à 8 mois à la Maternité d'une fille pesant 2.180 (pl. 420). Présentation en O.I.G.A. Au cours de l'expulsion, elle a présenté des accidents dyspnéiques avec cyanose, qui cédèrent à une inhalation d'oxygène. On fit une application de forceps pour hâter l'expulsion.

En mai : décollement complet. Hydropneumothorax gauche. L'enfant devait mourir en juin 1920, à la crèche de Laënnec, de syphilis héréditaire avec hépatomégalie.

Octobre 1920 : la recherche de la syphilis est en effet positive chez la mère. Le Wassermann est positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier présente également une réaction lymphocytaire et de l'albuminose. L'indocilité de la malade a empêché tout traitement.

A la même date, se produit un épanchement pleural droit, qui nécessita une ponction évacuatrice. C'était le début clinique de l'évolution du côté droit.

12 décembre 1920, elle entre dans le service, très aggravée, cachectique, sa température très oscillante, crachant beaucoup. Elle meurt le 11 janvier 1921.

Autopsie. — Poumon gauche bien rétracté. La plèvre contient 400 centimètres cubes de liquide. Cavité au niveau du sommet ; granulations multiples sur toute la hauteur du poumon. Symétriquement : petite cavité au niveau du sommet droit. Tube

digestif : ulcérations peu nombreuses de la portion terminale du grêle ; une ulcération sur la grande courbure gastrique.

Obs. XXXII. — Mme Louise C..., 23 ans, 1013.

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose unilatérale droite, ayant débuté en août 1920, par un épisode pulmonaire apparu brusquement, avec point de côté droit, frissons, fièvre et toux.

17 janvier 1922 : elle entre dans le service au début d'une gestation. Elle tousse et crache, présente de la dyspnée d'effort et un amaigrissement de 8 kilogrammes.

26 janvier 1922 : pneumothorax artificiel avec bon décollement.

Février 1922 : épanchement pleural, ne dépassant pas la convexité diaphragmatique ; résorption spontanée ultérieure.

15 octobre 1922 : accouchement spontané à terme d'une fille vivante.

Novembre 1922 : très bon état. Disparition des bacilles à l'examen direct.

Elle a été perdue de vue, mais le dispensaire de Montreuil qui la suivait, nous a fait savoir que son état s'était aggravé en février 1923 : les expectorations étaient fortement bacillifères.

Elle est morte le 15 mars 1923.

III. — Cas où le début clinique de la tuberculose est contemporain du début de la gestation.

Obs. XXXIII. — Mme E..., Dominique, 1025.

Tuberculose unilatérale gauche cavitaires.

Juillet 1921 : début de sa gestation, se met à tousser et à cracher ; quelques filets de sang ; mal soignée en ville avec le diagnostic de bronchite (frictions au glaiacol et ventouses) ; elle vit avec son mari et un enfant de 3 ans dans une chambre mal aérée.

30 décembre 1921 : tuberculose caractérisée radiographiquement (*cliché J. 7979*) par une diminution de transparence de la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche. Petites taches très fines, confluentes, dans la même région. Spélonque de 2×3 à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule, contre la paroi externe du thorax.

Champ pulmonaire droit normal.

Seule l'inoculation au cobaye a pu prouver la présence des bacilles.

Examen laryngé : catarrhe purulent du rhino-pharynx.

Pas de température. Bon état général apparent.

22 mars 1922 : pneumothorax artificiel à huit mois. Décollement total sec. La gestation est normale.

24 avril 1922 : accouchement normal, spontané à terme, sans incidents, d'un garçon pesant 3.250 grammes. Suites fébriles pendant quelques jours. L'enfant mourait le 25 juin 1922, ayant présenté du pemphigus et des hémorragies gastro-intestinales. La malade a refusé le Wassermann, a refusé également le séjour sanatorial.

En novembre 1922 : le collapsus est entretenu régulièrement, mais elle crache et tousse beaucoup, la température est à 38 degrés, présence de bacilles sur lames, liquide dans le sinus.

Accepte un séjour à Angicourt jusqu'en juin 1923.

20 octobre 1923 : le cliché J. 12.312, révèle la présence de lésions symétriques ; il existe un hydropneumothorax cloisonné, remontant au-dessus de la clavicule, contenu dans un sac situé à la partie supéro-externe et antérieure de la poitrine. A droite : vaste spélouque apexienne. Aspect en mie de pain sous la clavicule. Arrêt du pneumothorax. Evacuation liquidienne en février, Cuti-réaction. La température se rallume, surtout au moment des règles, elle maigrit, crache des bacilles en abondance.

Quitte le service en mauvais état avec température oscillante, Elle est morte pendant l'été de 1924.

Obs. XXXIV. — Mme G... Jeanne, 28 ans, 1010.

Tuberculose unilatérale cavitaire droite, datant de juillet 1921 (dernières règles juillet 1921).

Vue en août 1921, on note :

Cliché J. 7.473 : taches et marbrures sur les deux tiers supérieurs du poumon droit. Spélouque derrière la clavicule. Côté gauche apparemment normal.

Bacilles abondants à l'examen direct.

Cuti-réaction faible. A peu près apyrétique.

21 septembre 1921 : pneumothorax artificiel droit à 2 mois. Efficace ; le poids passe de 47 kgr. 300 à 52 kilogrammes. Le décollement ne sera complet qu'en mars 1922.

12 avril 1922 : accouchement à la maternité, spontané, à terme, d'une fille pesant 2.840 grammes. Aucun incident n'a été signalé au cours du travail.

Absence de bacilles à l'examen direct en mai 1922. L'enfant a été isolé et placé à Salbris (centre d'élevage des tout petits).

Mars 1924 : elle travaille ; ne tousse ni ne crache.

Mai 1926 : très bon état.

Obs. XXXV. — Mme Marguerite L..., 21 ans, riveuse. 1077 (Baud., mai 1926, 882). Deux pneumothorax simultanés.

Antécédents : le 10 août 1922 : a eu un accouchement normal, à terme d'une enfant pesant 4 kilogrammes, mort à 2 mois 1/2 de gastro-entérite.

Tuberculose pulmonaire gauche, paraissant dater d'août 1925 (dernières règles août 1925).

Caractérisée en septembre par (*eliché* radiographique J. 22091) : des taches et des marbrures dans la moitié supérieure de l'hémithorax gauche avec aspect de mie de pain.

Présence de bacilles.

Signes généraux : amaigrissement, fébricule 37°5.

6 octobre 1925 : pneumothorax artificiel au deuxième mois, efficace. Bon décollement.

5 mai 1926 : accouchement spontané à terme à la clinique Baudelocque. Présentation en O. I. G. A. Durée du travail 7 h. 45 Poids de l'enfant 2.250 grammes. Aucun incident ne s'est produit. Disparition des bacilles. Etat stationnaire.

En octobre 1926 : un cliché révèle du côté non collabé, des taches et des marbrures disséminées dans tout l'hémithorax droit.

27 novembre 1926 : institution d'un second pneumothorax La cure simultanée de ces deux pneumothorax se poursuit sans incidents, au milieu d'un état général très bon.

Les examens directs ne révèlent plus de bacilles dans une expectoration presque nulle.

Obs. XXXVI. — Mme Yvonne G..., 26 ans, institutrice, 1072.

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure excavée, datant de décembre 1925 (dernières règles décembre 1925).

Signes généraux : évolution fébrile 38 à 39 degrés.

11 avril 1925 : pneumothorax artificiel à quatre mois. Bon décollement suivi d'un léger épanchement. Une ponction évacuatrice sera faite en juillet suivie d'une réinsufflation de 500 centimètres cubes.

Amélioration notable portant sur la température qui tombe à 37 degrés, sur le poids qui passe de 66 kilogrammes à 70 kg. 300, sur l'expectoration qui passe de 15 à 3 par jour. Les bacilles disparaissent à l'examen direct.

22 septembre 1925 : accouchement à la clinique Baudelocque, à terme, spontané, d'un enfant pesant 3.200 grammes (pl. 620 gr.) dont la croissance sera normale. Cet enfant mourra à 1 mois à la crèche de Laënnec. Elle-même entre à Angicourt le 21 janvier

1926: on lui retire 400 centimètres cubes de liquide louche. Réinsufflations tous les sept jours; l'épanchement pleural reste limité à la partie inférieure de la poche. Apyrexie. Poids en augmentation d'un kilogramme par mois. Les examens directs des bacilles ont été négatifs (renseignements fournis par M. le Dr Buc).

Obs. XXXVII. — Mme Fernande M..., 29 ans, 1062 (Baud. juillet 1925, 1168).

Remarque: a deux enfants d'un et deux ans, vivant avec elle.

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure droite largement excavée, débutant en novembre 1924, en même temps qu'une gestation par la toux, l'expectoration, un amaigrissement de plusieurs kilos.

16 mars 1925: pneumothorax artificiel à quatre mois. Très bon décollement total sec. Sortie en bon état apparent. L'expectoration reste bacillifère en octobre 1925.

14 juillet 1925: accouchement à 8 mois $1\frac{1}{2}$ sans incidents à la clinique Baudelocque. Poids de l'enfant 2.630 grammes (pl. 410 gr.) Enfant porteur d'un ictère léger et d'une rate palpable. Son état est satisfaisant et sa croissance régulière (confié au Placement Familial).

1926: assez bon état actuel de la mère.

Obs. XXXVIII. — Mme Marie L..., 26 ans (Baud., mai 1926, 939).

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite, débutant en août 1925 en même temps qu'une gestation.

Indice de contagion: sœur d'une malade hospitalisée à la même époque dans le service.

Début brusque le 20 août 1925 par des douleurs thoraciques droites, de la toux, une expectoration déjà bacillifère en août.

Au Dispensaire L. B. on note une tuberculose caractérisée, (cliché J. 22. 381) par des taches et marbrures assez confluentes dans les $2/3$ inférieurs du champ pulmonaire droit. Côté gauche normal. Présence de bacilles.

29 octobre 1925: pneumothorax artificiel à droite à 2 mois. Collapsus complet efficace: disparition des bacilles à l'examen direct. Il se produit, en mars 1926, une résorption spontanée massive, suivie de symphyse: de nouveaux essais de décollement au trocart restent infructueux. Les bacilles réapparaissent dans les crachats homogénéisés. L'examen radiographique révèle une légère amélioration apparente des lésions.

14 mai 1926: accouchement à la Clinique Baudelocque,

spontané, à terme. Présentation en O. I. G. A. Durée du travail 9 h. 30 ; poids de l'enfant 4 kgr 120. Suites normales.

Obs. XXXIX. — Mme Marthe F..., 26 ans (Baud., juillet 1926-1926).

La tuberculose pulmonaire unilatérale droite est marquée par un début insidieux, au moment même où commence une gestation (dernières règles 28 novembre 1925). L'examen radiographique (cliché J. 23 957) en janvier 1926, montre qu'il s'agit d'une lobite supérieure droite excavée.

6 février 1926 : pneumothorax artificiel. L'amélioration est immédiate mais n'est pas durable car, peu après, son état général s'aggrave. Séjour de 2 mois au sanatorium de Larue.

Juin 1926 : poussée évolutive avec température à 39° 9. Elle tousse et crache. On trouve du liquide dans la chambre de décollement.

Juillet : le cliché radiographique montre quelques taches dans l'hémithorax gauche. Pyopneumothorax.

4 juillet 1926 : accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant, pesant 2.030 grammes, qui n'a vécu que quelques heures. Travail de 6 heures ; au début de l'expulsion, devant l'aspect cyanotique de la femme, on pratique une application de forceps en G. A. sans difficulté. L'amaigrissement est considérable, la température oscillante à 39 degrés, elle tousse, l'expectoration est abondante et bacillifère. Elle meurt le 2 août 1926.

IV. — Cas où la tuberculose apparaît au cours de la gestation et est traitée par pneumothorax.

Obs. XL. — Mme Madeleine M., 19 ans. Primipare 1.051. (Baud., juillet 1924-1924).

Antécédents : adénopathies cervicales en octobre 1923.

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure droite excavée, apparue en novembre 1923, après un mois de gestation. Marquée par des douleurs thoraciques, de la toux, de petites hémoptysies.

12 décembre 1923 : pneumothorax artificiel, au deuxième mois. Bon décollement.

Février 1924 : hydropneumothorax ; le liquide évacué par ponction contient des bacilles.

21 juillet 1924 : après une gestation normale, accouchement spontané à terme, à Baudelocque, d'un garçon bien portant pesant 2.580 grammes (pl. 350 gr.).

Août 1924 : poussée évolutive, 38°5 le soir, tousses et crache.
Aggravation notable.

Elle est décédée chez elle en avril 1925. L'enfant âgé de quelques mois est mort à la même époque à l'œuvre Grancher de pneumonie streptococcique.

Obs. XLI. — Mme Noémie T..., 27 ans, seconde gestation, 1924.

Indice de contagion : mari mort de laryngite tuberculeuse en mai 1921.

Tuberculose unilatérale droite cavitaire, débutant à cette date par la toux, l'expectoration parfois striée de sang, des frissons des douleurs thoraciques ; l'amaigrissement est rapide. Elle est alors enceinte de cinq mois (dernières règles en janvier 1921).

Vue au Dispensaire L. B. en juin 1921 à six mois de gestation, le Dr Rist note :

A l'examen radiologique (cliché J. 7.269) : des condensations extrêmement foncées et relativement homogènes du lobe supérieur droit, moins foncées du lobe inférieur. Image cavitaire sous-claviculaire droite. Intégrité du côté gauche.

Présence de bacilles. Cuti-réaction négative à deux reprises.

Juillet 1921 : Extension des signes stéthacoustiques cavitaires. Aggravation.

10 juillet 1921 : Pneumothorax artificiel à 6 mois 1/2. On n'obtient, par suite de symphyse, qu'un décollement partiel antérieur, inefficace.

24 juillet 1921 : Accouchement prématuré à 7 mois à la Maternité, d'un garçon vivant pesant 1.800 grammes qui est mort le 3 août suivant. Pas d'incidents au cours du travail.

Aggravation très rapide avec bilatéralisation et cachexie. Température oscillante de 38° à 40°, dyspnée, hypotension, œdème des membres inférieurs. Décédée le 25 août 1921

En résumé, pneumothorax établi au cours du sixième mois, pour une tuberculose unilatérale cavitaire, occupant la totalité du poumon droit et à marche ultra-rapide, à une période avancée où la situation est presque désespérée. Accouchement prématuré à 7 mois, Collapsus partiel, inefficace qui, en toute impartialité ne permet pas de porter un jugement sur la valeur de la méthode.

Obs. XLII. — Mme Madeleine L..., 18 ans, primipare 1.068, (Baud. juillet 1925-1921).

Tuberculose unilatérale gauche cavitaire, débutant en

avril 1925, au 7^e mois d'une gestation. A cette date, elle se plaint d'un point douloureux thoracique gauche et toussé.

A la clinique Baudelocque, où elle séjournait à ce moment, l'examen direct fait découvrir des bacilles tuberculeux en très grande abondance. Elle entre d'urgence dans le service du D Rist le 30 mai 1925.

Les clichés J.20.340 et J. 20.375 révèlent, comme il est si fréquent, des lésions plus considérables que ne le faisait prévoir l'examen stéthacoustique : taches et marbrures occupant tout le champ pulmonaire gauche ; probabilité d'excavation apexienne.

Présence de bacilles.

9 juin 1925 : pneumothorax artificiel au cours du 9^e mois. Bon résultat immédiat.

1^{er} juillet 1925 : accouchement spontané, à terme, à la clinique Baudelocque. Présentation du front en gauche transverse, application de forceps pour signes de souffrance fœtale. Durée du travail vingt-deux heures. Extraction d'un enfant vivant, pesant 2.500 grammes (pl. 330 grammes) dont la croissance sera normale. Cet enfant reçoit du vaccin Calmette. Malheureusement la malade abandonne peu après le traitement, elle était bien portante en octobre 1925, mais elle a été perdue de vue depuis.

En résumé, pneumothorax établi au cours du 9^e mois pour une tuberculose unilatérale gauche, rapidement extensive. Un accouchement difficile est long, et parfaitement supporté ; mais l'abandon du collapsus nous engage à faire les plus grandes réserves pour un avenir très proche. L'observation n'est pas démonstrative de la valeur de la collapsothérapie.

Obs. XLIII. — Mme Odette D..., 16ans 1/2, primipare, 1071. (Baud. septembre 1925-1564).

Tuberculose unilatérale gauche cavitaire; apparue au cours du 2^e mois d'une gestation, en avril 1925, chez une jeune mariée. Elle toussé, a des expectorations teintées de sang, s'amaigrit ; sa température est aux environs de 38°.

Juin 1925 : vue au dispensaire L. B. Tuberculose caractérisée radiographiquement (cliché 20.263) : à gauche, par une condensation presque homogène du lobe inférieur. Condensation du lobe supérieur gauche avec aspect en nid d'abeilles, image cavitaire sous la clavicule. Intégrité du champ pulmonaire droit.

Présence de bacilles nombreux.

6 juin 1925 : pneumothorax artificiel, après trois mois environ de gestation. Décollement partiel. On crée difficilement une poche, malgré des pressions terminales de + 30. Pourtant, la température se régularise à 37°, elle crache un peu moins, elle gagne 3 kilogrammes.

7 septembre 1925 : accouchement prématuré à Baudelocque à 6 mois 1/2. L'enfant n'a vécu que 3 jours (poids 950 grs-P1.330 grs) Suites normales. Octobre 1925 : bon état. Collapsus entretenu.

Mai 1926 : perdue de vue.

Obs. XLIV. — Mme Edith M., 24 ans, seconde gestation 1018. (Baud. janvier 1924. 6).

Tuberculose lobaire supérieure droite ayant débuté peut-être en août 1922, au 6^e mois de sa première gestation, ayant subi une aggravation en mars 1923, au moment où débute la seconde gestation (dernières règles fin mars). Le premier enfant serait mort à 4 mois, de méningite tuberculeuse.

Vue le 10 mai 1923 : signes stéthacoustiques, radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure droite. Evolution légèrement fébrile, amaigrissement de plusieurs kilogrammes.

12 mai 1923 : pneumothorax artificiel au cours du 2^e mois. Pressions négatives. Résultat immédiatement efficace. Augmentation de poids de plus d'un kilog. Les bacilles disparaissent à l'examen direct. Le décollement, d'abord partiel (adhérences du lobe supérieur) devient total.

1^{er} janvier 1924 : accouchement spontané, à terme, à la Clinique Baudelocque, d'une fille vivante, pesant 3.800 grammes (pl. 380). Présentation en O. I. G. A. Durée du travail 10 h. 30 dont cinquante minutes pour la période d'expulsion. Aucun incident n'a été signalé. Suites normales. Deux cutis négatives chez l'enfant.

Collapsus poursuivi ; le résultat est satisfaisant.

Obs. XLV. — Mme Marie A., 33 ans, primipare, 1049. (Baud., mars 1925-412).

Tuberculose pulmonaire droite excavée, ayant débuté en août 1924, au deuxième mois d'une gestation.

En octobre 1924 : signes stéthacoustiques, puis radiographiques (cliché 16548) et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure droite, excavée sous la clavicule. Intégrité du poumon gauche.

23 octobre 1924 : pneumothorax artificiel au cours du cinquième mois. Décollement total. En novembre, pyélonéphrite

gravidique colibacillaire traitée par des injections d'auto-vaccin. La gestation se poursuit normalement.

11 mars 1925 : accouchement spontané, à terme, d'un enfant mort-né. Poussée évolutive ensuite avec température à 39 degrés, elle tousse et crache.

Avril 1925 : apparition de râles humides fins dans l'apex gauche ; le collapsus est continué régulièrement. Fin octobre et novembre : pleurésie séro-fibrineuse gauche, cloisonnée, ponctionnée. Elle maigrit, poussée thermique à 38°5, tousses et crache beaucoup. Submatité sus et sous-épineuse gauche avec râles humides. La bilatéralisation est prouvée radiographiquement. Suspension du pneumothorax, l'expectoration reste bacillifère. Partie fébrile, en février 1926, à l'hospice d'Ivry.

Obs. XLVI. — Mme Maria H..., 26 ans, infirmière, 1047 (Baud., novembre 1924, n° 1606).

Tuberculose lobaire supérieure gauche, progressivement aggravée par 3 gestations successives.

Mariée en 1922 et enceinte aussitôt (juillet). Au cinquième mois, épisode fébrile durant un mois, pendant lequel elle tousse.

2 avril 1923 : accouchement spontané à terme ; elle nourrit l'enfant six semaines.

Juin 1923 : *percussion* : légère submatité sus-épineuse gauche. Pas de signes d'auscultation. Le *cliché J. 11321* montre : taches disséminées dans le lobe supérieur gauche ; le côté droit est radiologiquement normal. On pose donc le diagnostic de condensation discrète du lobe supérieur gauche, ayant subi une poussée évolutive récente, au cours d'une gestation. Tuberculose actuellement refermée en voie de guérison. Il n'y a pas de bacilles dans les expectorations.

A la même date, début d'une seconde gestation.

Octobre 1923 : avortement au cours du cinquième mois. Il se produit une poussée évolutive nouvelle du lobe supérieur gauche avec expectoration bacillifère.

Janvier 1924 : début d'une troisième gestation (dernières règles 19 janvier).

Février 1924 : à l'*auscultation* : râles secs au niveau de l'apex gauche. Le *cliché* confirme une condensation lobaire supérieure gauche, à limite inférieure peu nette, condensation très homogène, non excavée.

Mars 1924 : *cliché J. 13730* : condensation massive homogène, peut être excavée en son centre, de la moitié supérieure du lobe supérieur gauche. Le côté droit est normal.

12 juin 1924 : elle est entrée dans le service du Dr Rist où l'on

fait un pneumothorax artificiel. Décollement total sec. Poussée liquidienne ultérieure.

1^{er} novembre 1924 : accouchement spontané, à terme ; travail bien supporté. Mais au cours de l'expulsion, la malade est devenue très dyspnéique et a souffert d'une douleur thoracique. Une application de forceps est pratiquée en D. A. Cette dyspnée a persisté, légère, pendant trois jours. Poussée liquidienne avec température 38° et 39°. Suites normales. L'enfant pesait 3.680 grammes. Il a été confié au Placement Familial des Tout Petits.

L'état de la mère se maintient bon, elle engraisse de 4 kilogrammes après l'accouchement.

En 1925 : une nouvelle poussée liquidienne nécessite une évacuation. Collapsus entretenu.

Septembre et octobre : pyopneumothorax et ponction évacuation. Collapsus entretenu.

Septembre et octobre : pyopneumothorax et ponction évacuatrice. Accès de dyspnée avec cyanose. Amaigrissement. Fièvre le soir 37°8, nouvelle ponction de 450 centimètres cubes le 20 décembre. Elle s'affaiblit de plus en plus et meurt en avril 1926.

En résumée : poussée évolutive à siège lobaire supérieur gauche, au cours d'une première gestation, réveillée par l'interruption d'une seconde gestation au cours du cinquième mois ; condensation massive du même lobe au début d'une troisième gestation. Stabilisation par pneumothorax artificiel. Pyopneumothorax ultérieur. Mort.

Obs. XLVII. — Mme Germaine P..., 21 ans, infirmière de l'A. P.

Tuberculose unilatérale gauche, ayant débuté en novembre 1923 par une hémoptysie au deuxième mois d'une gestation.

Décembre 1923 : on note au Dispensaire L. B. :

Cliché J. 12907 : tout l'hémithorax gauche est semé de petites taches serrées surtout au sommet et sous la clavicule. Côté droit radiographiquement normal. Nouveau cliché à Angicourt, où elle vient d'entrer : taches et marbrures disséminées dans tout le champ pulmonaire gauche. Image cavitaires de 2 x 2 sous la clavicule gauche.

1^{er} janvier 1924 : pneumothorax artificiel établi à Angicourt par le D^r Buc. Décollement total sec en pressions négatives. Amélioration immédiate. Les examens de bacilles deviennent

négatifs. L'augmentation de poids sera de 22 kilogrammes, dus en partie à sa gestation. Elle quitte Angicourt en juin.

20 juillet 1924 : accouchement spontané à terme, sans incidents, à la Clinique Tarnier, d'une fille pesant 3.500 grammes qui est morte dix jours après (de bronchopneumonie ?). Nouveau séjour à Angicourt, d'août 1924 à avril 1925. Septembre 1924, au moment de la réapparition des règles, se produit un épanchement pleural avec poussée thermique (maxima 38°2), passagère, épanchement résorbé spontanément en novembre.

M. le Dr Buc a bien voulu nous donner sur elle les renseignements suivants : depuis sa sortie, la malade habite l'Oise, à portée du sanatorium d'Angicourt, où les réinsufflations ont lieu toutes les trois semaines. Pneumothorax subtotal (il existe une adhérence partielle de la base, depuis la résorption du liquide). Le côté droit est normal. L'expectoration est nulle ; tous les examens ont été négatifs depuis janvier 1924. Etat actuel très satisfaisant.

Obs. XLVIII. — Mme Marie-Louise M..., 22 ans, secrétaire militaire, primipare, 1016.

Antécédents : en 1919, pleurésie séro-fibrineuse droite ponctionnée, ayant entraîné une réforme de 10 % en 1922.

Mai 1922 : début d'une gestation. Malade dès ce moment, elle est mal soignée au vaccin Cépède. Son état s'aggrave progressivement.

Janvier 1923 : elle tousse, crache vingt fois, a beaucoup maigri, se plaint de sueurs nocturnes.

17 février 1923 : le Pr Brindeau l'adresse au Dispensaire L. B., elle est aux environs du terme. Signes radiographiques et bactériologiques (Clicbé J. 10272) d'une tuberculose lobaire supérieure gauche, excavée dans l'apex. Intégrité du champ pulmonaire droit.

Examen laryngologique : laryngite aiguë.

18 février 1923 : pneumothorax artificiel.

23 février 1923 : accouchement spontané à terme, à la Clinique Tarnier, sans incidents, d'un enfant bien portant, pesant 3 460 grammes. Une application de forceps a été faite. L'enfant devait mourir à 6 mois de convulsions.

Le collapsus est poursuivi. Le décollement est total, sauf une adhérence à la base et une bride au sommet. L'amélioration est rapide, l'expectoration passe de 25 crachats à 5, elle prend du poids, mais la température n'a été maîtrisée qu'en avril, et les examens directs ont révélé des bacilles jusqu'en juin.

Janvier 1924 : poussée liquidienne.

Avril : part pour Angicourt en bon état, ne crachant pas.

Mars 1926 : nous avons réexaminé Mme M..., son état est bon. Elle travaille en bureau 8 heures par jour. Collapsus entretenu toutes les 7 semaines, après 3 ans 1/2.

En résumé : le début clinique apparent de la tuberculose lobaire excavée, semble dater des premiers mois de la gestation. Mais la malade n'ayant été examinée au Dispensaire que peu de jours avant l'accouchement, le diagnostic a été posé très tard, et la collapsothérapie pratiquée cinq jours avant l'accouchement. Ce retard pouvait être très préjudiciable ; nous considérons le pneumothorax artificiel, comme une méthode d'urgence impérieuse, en cas de gestation.

Obs. XLIX. — Mme Lucienne B..., 21 ans, seconde gestation.

Signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure droite, datant de mars 1921, au deuxième mois d'une gestation et annoncée par des crachats sanguinolents, l'amaigrissement, la perte des forces.

Novembre 1921 : accouchement à terme. Elle n'allait pas. Cet enfant a vécu avec elle pendant près d'un an.

Février 1922 ; hémoptisie peu abondante. Elle tousse et crache davantage.

1^{er} juillet 1922 : dernières règles et début d'une seconde gestation.

11 octobre 1922 : elle entre dans le service du Dr Rist où son diagnostic est établi. Aggravation considérable, sa toux est émétiqisante. Cuti-réaction faible.

17 octobre 1922 : pneumothorax artificiel, au cours du troisième mois, en pressions négatives. La température s'abaisse en décembre seulement. Le poids augmente, de 47 kgr. 700 à 53 kilogrammes. L'expectoration diminue, elle cesse d'être bacillifère.

Mars 1923 : au huitième mois de gestation, son état est de nouveau précaire ; elle expectore, a de la température (38°), des sueurs nocturnes. Pas de bacilles sur lames.

Avril 1923 : accouchement à terme (sans renseignements).

Mai : état meilleur, la compression est bonne, il y a un peu de liquide dans le sinus.

Octobre 1923 : elle abandonne son traitement.

Janvier 1924 : son enfant est mort d'athrepsie à 6 mois. Elle-

même est fébrile le soir (37°8). L'examen radioscopique montre une résorption complète du pneumothorax : il existe une condensation lobaire supérieure excavée, au niveau du poumon droit anciennement collabé. Poumon gauche normal à cette date.

En résumé : pneumothorax établi, au cours du troisième mois, avec un bon résultat immédiat. Par malheur, la malade abandonne au bout d'un an, un traitement auquel elle doit la vie ; nous ne sommes donc pas étonnés qu'elle n'ait donc pas répondu à nos demandes de renseignements.

Obs. L. — Mme Yvonne G..., 22 ans, seconde gestation. 1063 (Baud. août 1925-1038).

Tuberculose pulmonaire droite excavée.

Mariée et immédiatement enceinte en février 1923. Très bien portante jusqu'alors.

En mai et juin : elle tousse et expectore. En juillet, présente une hémoptysie assez abondante (2 verres) sans fièvre. Un médecin appelé diagnostique une lésion du sommet droit et demande un avortement provoqué. Elle est adressée au Dr Rist le 10 juillet 1923, enceinte de cinq mois environ, par le Dr Chirié, de la Maternité de l'Hôtel Dieu. Elle présente des signes radiographiques et bactériologiques d'une tuberculose lobaire supérieure droite excavée (Cliché 11635).

Le Dr Rist rejette formellement l'idée d'un avortement provoqué et propose un pneumothorax artificiel : celui-ci est pratiqué le 28 juillet 1923, à la fin du cinquième mois. Bon collapsus du poumon droit, entretenu.

21 août 1923. — Avortement à six mois de deux jumeaux. Suites normales. En septembre, poussée évolutive du côté symétrique et température oscillante de 38°5 à 39 degrés. Cette poussée passagère est suivie de régression à peu près complète.

Le 27 septembre 1924, arrêt des règles et début d'une seconde gestation.

Mars 1925. — Hydropneumothorax remontant jusqu'au quatrième espace. Poussée évolutive symétrique discrète du côté gauche. Suspension du pneumothorax en avril.

Mai. — Bon état général. Collapsus complet du côté droit. Stabilisation des lésions gauches. Liquide en voie de résorption. Apyrexie.

22 juin 1925. — Accouchement à terme, sans incidents d'une fille pesant 3.200 grammes (pl. 620 gr.). L'enfant est isolé

25 juin 1925. — Bilatéralisation immédiate grave avec température de 39°5 le soir.

10 juillet. — Examen radioscopique, taches et marbrures dans toute l'étendue du champ pulmonaire gauche. Deux spélonques sus et sous-claviculaires gauches.

Evolution rapide avec amaigrissement de plusieurs kilos et hémoptysies. Elle meurt le 1^{er} septembre 1925.

En résumé : pneumothorax établi à cinq de mois de gestation, pour une tuberculose lobaire. Il ne nous paraît nullement responsable d'un avortement gémellaire à six mois. Des poussées évolutives apparaissent : l'une peu après cet avortement, l'autre au cours d'une seconde gestation. L'accouchement provoque un coup de fouet violent. Elle est morte. Mais elle a pu du moins concevoir une seconde fois et accoucher à terme d'un enfant vivant.

Obs. LI. — Mme Julia D..., 25 ans, confectionneuse, primipare (Baud. juin 1926, 1108).

Signes radiographiques et bactériologiques (cliché J. 22056) d'une tuberculose lobaire supérieure droite excavée.

Septembre 1925. — Début de la gestation.

Le 15 février 1926, elle présente un épisode pulmonaire net. Elle tousse et crache, a une température à 38 degrés, maigrit, a des sueurs nocturnes, des hémoptysies récidivantes à partir de mi-mars.

23 mars 1926. — Elle entre dans le service.

26 mars 1926. — Pneumothorax artificiel, d'abord partiel, avec zone d'adhérence à la partie moyenne de l'hémithorax.

La recherche du bacille de Koch a été négative dans les examens pratiqués sur lames, sur homogénéisations, dans les selles. Mais l'inoculation au cobaye a été positive (juillet 1926).

9 juin 1926. — Accouchement spontané à terme à la clinique Baudelocque, sans le moindre incident. Présentation en O. I. G. A. Enfant vivant pesant 3.060 grammes. Isolé aussitôt. Durée du travail six heures. Suites normales.

APPENDICE

Notre maître, le Dr Rist, nous a autorisé à publier ici plusieurs observations qui lui sont personnelles, nous le prions d'accepter ici nos remerciements.

Obs. LII. — Mlle de G..., 22 ans.

Vers le 10 juin 1913, au cours d'un voyage en Italie, elle présente un coryza avec toux. En juillet elle maigrit, vers le 14 juillet elle a de la température. Vue par le Dr Rist le 10 août 1913 : dyspnée, température à 38°7 le soir, enrouement dû à une laryngite simple.

L'examen radiologique montre un sommet voilé, avec une cavité circulaire de la taille d'une pièce de 2 francs dans l'aiselle gauche.

Pneumothorax artificiel pratiqué aussitôt avec très bon résultat, et entretenu pendant la guerre. Epanchement pleural évacué.

Après la guerre l'état était assez solide pour que l'on pût suspendre le collapsus. En 1924, se marie, janvier 1926, accouche à terme de son premier enfant, elle n'a pas allaité.

Obs. LIII. — Mlle de L..., 20 ans 1/2.

Tousse depuis septembre 1919. A eu de la température. En juin 1920, expectoration abondante et bacillifère.

Radiologiquement : cavité lobaire supérieure gauche. M. Rist pratique le 24 juin 1920 un pneumothorax artificiel gauche avec un très bon résultat. Mais il a paru prudent d'interrompre le collapsus en juin 1922, soit après deux ans à la suite de crises très douloureuses syncopales survenue au cours d'une réinsufflation, crises qui pouvaient être le prodrome d'une éclampsie pleurale. Mais son état était assez bon pour qu'elle pût se marier en 1924.

Le 22 avril 1925, elle accouche à terme d'un enfant de 3.950 gr. qu'elle n'a pas allaité.

En janvier 1926 : elle était en excellent état.

Obs. LIV. — Mme de B..., 24 ans.

Antécédent : a eu un enfant qu'elle a nourri, en février 1918.

Amaigrissement de 1918 à 1919 de 59 kilos à 54 kilos ; elle est vue le 5 juin 1919.

Revue le 6 avril 1920, elle tousse et crache, a de la fièvre, a maigri de 3 kilos en six semaines. Radiologiquement : diminution de clarté non homogène du tiers supérieur du poumon gauche.

Séjour au sanatorium de Hauteville. Lorsqu'elle en revient, on constate que la lésion dont elle est porteuse s'est creusée d'une cavité.

Pneumothorax artificiel avec très bon résultat (oct. 1920).

Avril 1926, accouchement à terme d'un enfant normal qu'elle n'a pas allaité. L'état actuel est très bon.

Obs. LV. — Mme Marguerite D..., 23 ans.

Etat de fatigue vague depuis 1920. En juin 1922, le Dr Henri Benard lui trouve une lésion du sommet droit, l'adresse au Dr Rist. Elle ne toussait ni ne crachait ; l'examen radiologique révèle une cavité circulaire sous la clavicule droite. Elle ne crache pas sous l'influence de l'iodure de potassium.

Le pneumothorax artificiel pratiqué en fin 1922 avec un bon résultat détermine une expectoration riche en bacilles. Un an après, l'inoculation au cobaye est négative. Le mariage est autorisé. Fin 1924 elle a son premier enfant.

Obs. LVI. — Mme W..., 27 ans.

S'est mariée le 29 novembre 1922, en parfaite santé ; au cours d'un voyage de noce à Nice, elle présente un point de côté droit, des frissons, de la toux, commence à expectorer. M. Netter, consulté, constate la présence de bacilles.

Radiologiquement : lobite inférieure droite excavée.

Pneumothorax artificiel le 21 janvier 1923, avec un très bon résultat. L'expectoration est tarie en septembre 1923. En 1924, trois examens de crachats sont négatifs. En 1925 : une inoculation au cobaye est négative.

Accouchement normal à terme en fin juillet 1926 d'un enfant qu'elle n'a pas nourri. Plusieurs examens de crachats sont négatifs. Une inoculation au cobaye est encore négative le 2 août 1926, mais une seconde est positive le 6 août 1926.

Le jour de son retour de couches : élévation thermique. Depuis, la température persiste modérée. Champ pulmonaire gauche radiologiquement transparent. Il existe dans la chambre de décollement à droite un épanchement pyoïde qui fut évacué plusieurs fois, sans bacilles de Koch à l'examen direct.

TROISIÈME PARTIE

Résultats généraux

Ces observations appellent un certain nombre de remarques de divers ordres.

Il est tout d'abord nécessaire d'établir le bilan des résultats en ce qui concerne les mères, leur évolution, leur avenir. Il y a lieu de reprendre l'étude des cas les plus intéressants, d'insister sur les beaux résultats que la méthode nous a procurés ; il faut enfin s'efforcer de rechercher la cause des échecs que nous avons rencontrés. Nous examinerons en outre la valeur physique des enfants issus de mères porteuses d'un pneumothorax ; nous établirons enfin un pronostic général.

Un très grand nombre d'auteurs en tous pays, ont publié les statistiques des résultats qu'ils ont obtenus par le pneumothorax artificiel. On en trouvera la bibliographie dans le livre de Dumarest. Il nous suffit de dire que ces résultats ont été essentiellement variables. Pour ne parler que des statistiques françaises, M. Dumarest lui-même relève parmi les malades de son sanatorium (hommes et femmes), 50 % de malades sauvés dont la moitié ont été guéris d'une façon définitive. M. Léon Kindberg estime ses résultats personnels à raison de 50 % de bons résultats et 15 à 20 % de guérisons. Amsler ayant traité 90 cas en cure libre, relève moins de 40 % de résultats très bons ou satisfaisants, 60 % de résultats passagers dont plusieurs ont été suivis de bilatéralisation. Tout récemment Mourgues étudiant l'avenir et le traitement de la gestante tuberculeuse, croyait pouvoir affirmer 100 % de succès lorsque le collapsus est antérieur à la gestation, 60 % de succès lorsqu'il est établi au cours de la gestation.

MM. L. Bernard, Baron et Valtis dans leur statistique publiée le 6 janvier 1225 à l'Académie de Médecine, notaient sur 201 cas :

40 cas de guérison, soit 20 %.

73 cas d'amélioration dont 62 en cours de traitement. 11 dont le traitement est arrêté, soit 36 %.

Au total 113 ou 56 %.

44 décès :

24 cas mauvais abandonnés, soit 68 ou 44 %.

20 stationnaires ;

Naveau enfin a relevé sur 534 cas de la statistique du D. Rist (hommes et femmes atteints de formes fibro-caséuses communes) :

48 % de guérisons et d'améliorations ;

17 % de stationnaires.

34 % d'aggravations et de décès.

Le problème que nous avons à résoudre se complique du fait qu'il s'agit de femmes gravides.

CHAPITRE PREMIER

INTERPRÉTATION ET CLASSIFICATION DES RÉSULTATS

La tuberculose pulmonaire est antérieure à la gestation dans 31 cas. Toutes ces observations (sauf Mme C..., cas princeps forme à marche lente) concernent des lésions disséminées à marche extensive cavitaires plus ou moins rapide, atteignant tout ou partie d'un champ pulmonaire, ou des formes (d'apparence) lobaires excavées à allure aiguë ou subaiguë. Il y a une forme juxta-scissurale et une pneumonie caséuse.

Dans une première série de faits comprenant 4 cas ;

1 § a. — Le pneumothorax est interrompu avant la survenue d'une gestation.

a) Dans l'une il s'agit d'une bilatéralisation discrète après quelques mois ; la maladie avait une allure lente (obs. II).

b) Dans 2 cas il y a abandon pur et simple de la part de la malade (obs. I et III) dont l'un au cinquième mois d'une gestation.

c) Il y a une symphyse après dix-huit mois (obs. IV). Le mois suivant survient une gestation qui fut interrompue d'un commun accord entre MM. Rist et Couvelaire. Le résultat se maintient bon ; en sera-t-il de même si une nouvelle gestation survient ?

Dans les 3 premiers cas (obs. I-II-III) le résultat immédiat s'est montré bon : il y a eu atténuation des signes fonctionnels et généraux, diminution des expectorations, reprise du poids et, fait important, disparition des bacilles à l'examen direct. L'efficacité de la première heure s'est maintenue pendant plusieurs années.

Soulignons en passant le cas Mme C... (obs. I) : l'expectoration est redevenue bacillifère à la suite de la réexpansion

du moignon ; mais l'évolution du processus semble avoir été heureusement modifiée par l'établissement du collapsus même de courte durée.

Ces 3 malades sont devenues enceintes neuf ans, cinq ans, trois ans après le début du traitement. L'une a été perdue de vue (Mme M..., obs. II) ; les deux autres ont accouché à terme spontanément et sans incidents d'enfants bien portants.

Le § b contient 20 autres cas où le pneumothorax antérieur à la gestation a été poursuivi pendant le cours de celle-ci et au delà. En règle générale, le résultat est très rapidement favorable en apparence, même dans les cas qui, plus tard, évolueront vers la mort. Ceci offre un réel danger car, si la malade n'est pas avertie, la réapparition d'un état satisfaisant lui permet au bout de peu de mois de s'exposer à une gestation précoce : c'est l'origine de presque tous nos échecs.

Nous ne dirons que peu de chose de Mme H... (obs. IV), et de Mme F... (obs. VII) ; leur collapsus n'a même pas franchi la troisième année et si le résultat immédiat est bon, l'avenir nous paraît très difficile à préciser. Elles deviennent enceintes respectivement six semaines, vingt-trois mois après le début du traitement. Mme V... (obs. V) devenue enceinte quatre mois après l'institution du pneumothorax et très améliorée, est bilatéralisée dans le mois qui suit l'accouchement. Le résultat fut d'emblée douteux chez Mme F..., (obs. IX) ; elle a toujours craché des bacilles ; bien qu'elle ait mené à terme deux gestations successives, le résultat nous paraît réservé, elle est inscrite comme « stationnaire ».

Nous voudrions attirer l'attention sur le cas de Mme H... (obs. XX), atteinte d'une pneumonie caséuse dont on sait le sombre pronostic. La régression fut immédiate et durable sous l'influence de la collapsothérapie. Une gestation ne survient que cinq ans et quatre mois après. La guérison clinique est ici un fait accompli, elle a pu reprendre auprès d'elle son enfant ; le résultat est remarquable.

Mme S... (obs. XXIII) a mené à terme, porteuse de son pneumothorax, deux gestations successives. Au cours de la première, elle fit du côté symétrique une poussée évolutive discrète qui n'entraîna pas l'arrêt du pneumothorax et disparut ensuite. C'est une gestation antérieure qui déclencha chez

elle la tuberculose pour laquelle le pneumothorax fut institué. Elle est aujourd'hui en parfait état.

Restent à examiner les raisons de nos échecs :

Chez Mme S... (obs. XI), il y eut au début un résultat apparemment bon, mais l'expectoration resta constamment bacillifère avec un collapsus incomplet : double condition défavorable que nous avons appris à redouter. De fait, elle se bilatéralise au bout de quatre mois, devient enceinte au bout de sept mois. L'accouchement donnera un coup de fouet à un processus contre lequel un second pneumothorax, établi en désespoir de cause, se montrera impuissant.

De même chez Mme C... (obs. XII), après un résultat nettement favorable, une gestation survient trop précocement, cinq mois après le début du traitement. L'accouchement est suivi quatre mois après d'une bilatéralisation à marche rapide. Un pneumothorax justifié du côté opposé donna un mauvais résultat (1).

Mlle B... (obs. XXI), une enfant de 16 ans, devient enceinte un an après le début du traitement ; trois mois après l'accouchement survient la bilatéralisation qui doit l'emporter.

Chez Mme M... (obs. XXII), le pneumothorax s'est montré d'emblée inopérant. Il a été établi dans des conditions presque désespérées, pour une forme massivement disséminée, cavitaires, au milieu d'un état général très défectueux. Une gestation survient après cinq mois. Six mois après l'accouchement, on a signalé des lésions symétriques confluentes. Il est probable qu'elles ont apparu plus tôt.

Mme B... (obs. XXIII), devient enceinte deux mois après le pneumothorax ; au septième mois de sa gestation, elle est bilatéralisée.

Il est donc certain que l'apparition d'une gestation dans l'année qui suit le début du traitement, à une époque où la guérison est loin d'être acquise, constitue un facteur redoutable de bilatéralisation. Cette bilatéralisation se produit le plus souvent après l'accouchement.

Enfin, dans la deuxième partie, nous avons un petit groupe de sept malades tuberculeuses avant d'être enceintes, dont

1. Sur cette question toute nouvelle des pneumothorax successifs, on lira la thèse très complète de M. Jean Chabaud. Paris, 1925. Arnette, éditeur.

le pneumothorax n'a été établi qu'au cours de la gestation.

Mme C... (obs. XXVI), présentée jadis par le Dr Rist : sa guérison clinique est un fait acquis.

Dans les 6 autres cas le résultat immédiat a été bon

Le résultat ultérieur est resté bon pour Mme D... (obs. XXIX).

Il n'est pas possible de le préciser pour Mme T... (obs. XXVII) et Mme C... (obs. XXVIII) dont les pneumothorax sont trop récents.

Il y a enfin... 3 cas de mort : l'âge de ces malades était de 23 ans en moyenne ; il s'agissait de formes très étendues, cavitaires ; l'un de ces cas était syphilitique. Le collapsus a été établi progressivement (au deuxième mois de gestation dans 2 cas, au premier mois dans le troisième).

Mme M... (obs. XXX), se bilatéralise dès l'accouchement et meurt six semaines après.

Mme P... (obs. XXXI), bilatéralisée six mois après, meurt neuf mois après.

Mme C... (obs. XXXII), meurt cinq mois après l'accouchement.

En résumé : sur 32 cas où la tuberculose est antérieure à la gestation :

a) Résultat immédiat : Bon ou assez bon 29 cas
Douteux ou médiocre 3 cas

b) Résultat définitif : 27 malades.

Bon ou parfait acquis après 3 ans au moins

de pneumothorax (1) 15 cas : 57,6 %

Mauvais après 13 mois de P. A. 1 —

Stationnaires après 3 ans 2 —

Décès 8 — : 30,7 %

Perdue de vue 1 —

27

A réserver 5 —

Dont : 2 pour abandon du P. A. après 4 mois
après 18 mois

3 pour une durée inférieure à 3 ans et bien portantes actuellement.

1. La malade de l'observation XXVI a été perdue de vue pendant la guerre après quelques mois de P. A. mais a été revue bien portante plusieurs années après.

Nous unissons dans une même étude interprétative les troisième et quatrième sections : cas où la tuberculose apparaît, soit au moment de la fécondation, soit pendant le cours de la gestation : en tout 19 cas concernant des tuberculoses étendues cavitaires.

Nous écarterons deux observations, comme non démonstratives de la valeur du pneumothorax : celle de Mme L... (obs. XLII), pneumothorax institué pour une tuberculose occupant tout un poumon, abandonné par la malade après quatre mois ; celle de Mme T... (obs. XLI) : tuberculose pulmonaire très étendue où le décollement ne fut que partiel, inefficace. La mort survint un mois après l'accouchement par bilatéralisation à marche accélérée.

Il est en effet démontré que toute poussée évolutive survenant dans les jours qui suivent l'accouchement constitue un arrêt de mort absolument formel que l'on vérifie dans les mois suivants. Le Dr Lacomme, dans une thèse récente, a insisté sur ces faits. Tel est le cas, après celui de Mme T..., de Mmes M... (obs. XL), G... (obs. L), mortes respectivement 9 mois et 2 mois après l'accouchement.

Le cas de Mme H... (obs. XLVI) est tout particulièrement instructif : un mois après l'accouchement, on trouve les séquelles radiologiques d'une poussée évolutive gravidique refermée avec expectoration non bacillifère. Un avortement au cinquième mois, détermine une poussée évolutive lobaire supérieure avec expectoration bacillifère ; peu après, au deuxième mois d'une troisième gestation, on assiste à une condensation massive du même lobe.

En ce qui concerne l'observation XXXIX, le pneumothorax artificiel, après avoir donné un résultat éphémère, semble s'être montré rapidement inopérant, malgré la correction certaine des indications posées, la précocité d'intervention et la régularité du traitement associé à la cure sanatoriale. Il s'agit là d'un cas rare en vérité mais qui, exceptionnellement, peut s'observer.

Mme E... (obs. XXXIII), porteuse d'une tuberculose étendue cavitaire, est pneumothoracisée au huitième mois de sa gestation. Le résultat est douteux ; elle crachera longtemps des bacilles. Nous admettons que l'accouchement n'est pour rien dans l'apparition, dix-huit mois après, des lésions symétriques qui devaient l'emporter. Nous noterons qu'elle

a refusé le séjour au sanatorial après les suites de couches.

Tout le monde s'accorde pour dire que pneumothorax et séjour sanatorial doivent être associés dans la mesure du possible.

Enfin il y a un cas d'aggravation nette (Mme A..., obs. XLV).

Le cas de Mme L... (obs. XXXVIII) est très particulier. Un pneumothorax établi au deuxième mois de sa gestation est suivi d'une amélioration nette et rapide avec disparition des bacilles. Une résorption brusque et spontanée de la chambre de décollement, suivie bientôt d'une symphyse totale, survient après 5 mois de traitement. Les bacilles reparaissent à l'homogénéisation. Les suites de couches ont été normales, mais il s'agissait d'une tuberculose jeune, évolutive, contre laquelle nous sommes à présent désarmés. L'avenir nous paraît donc douteux ou réservé et plus encore si une gestation survenait inopinément.

Pour les malades de ces séries, le pneumothorax artificiel donne un résultat favorable immédiat dans la grande majorité des cas ; l'avenir seul se prononcera. En face d'un collapsus établi depuis moins de trois ans, il nous est impossible de poser un pronostic ferme. C'est pourquoi 7 malades de ces 2 séries, porteuses de pneumothorax récent, sont classées « réservées ». L'une d'elles (obs. XLIX, Mme B...) a abandonné le traitement au bout d'un an. Que deviendra-t-elle si une nouvelle gestation apparaît ?

Quatre résultats peuvent être considérés comme solidement acquis. L'un, Mme G... (obs. XXXIV), concerne une tuberculose étendue cavitaire dont l'évolution est enrayée depuis 5 ans.

Dans la plupart de ces cas, la collapsothérapie a été mise en œuvre peu de temps après l'apparition des signes pour lesquels les malades sont venues consulter. Il y a lieu d'agir plus rapidement encore : ceci est affaire d'instruction médicale et d'organisation sociale.

En résumé sur 17 cas, après élimination des cas 41 et 42 non démonstratifs :

a) Résultat immédiat :

Bon ou assez bon	16 cas
Douteux ou nul	1

b) Résultat définitif : 10 cas.

Bon ou très bon acquis, après 3 ans au moins de pneumothorax.....	4 cas : 40 %
Médiocre après 1 an.....	1 —
Décès.....	4 — : 40 %
Perdue de vue.....	1 cas
	10 cas

A réserver..... 7 cas

Dont 1 pour résorption après 4 mois de P. A ;

Dont 1 pour abandon après 4 mois de P. A ;

Dont 5 ayant une durée inférieure à 3 ans de P. A. et bien portantes actuellement.

Le pourcentage des résultats définitivement bons, est inférieur à ceux qui ont été signalés par d'autres auteurs concernant des hommes et des femmes. Mais n'oublions pas qu'il s'agit ici des femmes gravides, chez lesquelles le traitement n'a été institué qu'au cours même de la gestation, pour de formes très évolutives, cavitaires ; c'est la raison pour laquelle ce pourcentage, en ce qui concerne les malades de cette catégorie, présente un fléchissement par rapport au même pourcentage de la catégorie précédente ; mais le résultat nous apparaît comme très satisfaisant.

CHAPITRE II

L'ACCOUCHEMENT CHEZ LA FEMME PORTEUSE D'UN PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

La collapsothérapie chez la femme enceinte, fut à l'origine considérée par certains, comme une méthode dangereuse, susceptible de réserver de graves complications, soit au cours de la gestation, soit au cours du travail. On a redouté des phénomènes dyspnéiques, les troubles dus à l'insuffisance de l'hématose et même le grand syndrome d'insuffisance du cœur droit. On a craint enfin des troubles dyspeptiques. Il semblait à quelques uns qu'on ne put demander à une telle malade l'effort nécessité par la période d'expulsion. Cela est si vrai que dans le premier cas publié par Forlanini, la gestation fut interrompue par avortement provoqué. C'était au moins inutile. L'expérience a prouvé surabondamment par la suite que ces craintes sont surtout théoriques : l'accouchement de la femme pneumothoracisée est en tous points semblable à celui d'une parturiente normale.

Dumarest, dans son admirable livre sur le pneumothorax artificiel, dit avoir été le témoin de quelques accidents anoxyhémiques durables avec dyspnée, cyanose et amaigrissement survenus en dehors de la gestation ; c'est un véritable syndrome d'insuffisance respiratoire d'autant moins explicable que le poumon opposé était sain et que la capacité respiratoire réservée à l'hématose dépassait de beaucoup le minimum du sixième indispensable.

Mlle Mitrovitch a signalé parmi les observations de sa thèse, 3 cas où des phénomènes de dyspnée et de cyanose apparurent au cours du travail et se prolongèrent après l'accouchement : 2 jours dans un cas, 3 jours dans l'autre ; ce dernier fut suivi de mort. Mais elle ajoute que l'un d'eux concernait un pneumothorax abandonné au huitième mois de gestation, donc un poumon en voie de réexpansion,

et qu'une bilatéralisation rapide fut sans doute à l'origine des troubles.

Dans un autre cas, elle semble incriminer une insuffisance fonctionnelle du cœur, mais sans preuves catégoriques.

Parmi les observations que nous avons résumées ci-dessus, il n'y a que 2 accouchements mouvementés : dans l'une Mme P... (obs. XXXI), il est dit qu'au moment de l'expulsion apparurent des phénomènes de cyanose et de dyspnée qui cédèrent à une inhalation d'oxygène. Il y eut une application de forceps pour hâter l'expulsion. Celle de Mme H... (obs. XLVI), relate une crise dyspnéique au moment de l'expulsion qui nécessita une application de forceps : cette dyspnée persista, légère d'ailleurs, pendant trois jours.

Dans le cas de Mme F... (obs. XII), la malade n'eut pas d'efforts expulsifs à fournir : devant son état de fatigue extrême avec cyanose du visage, une application de forceps très aisée fut décidée.

Nos observations ne nous apprennent rien de plus. Dans tous les autres cas, sans exception, aucun incident n'a été relevé par l'accoucheur ; en particulier au cours des accouchements qu'il nous a été donné de suivre personnellement, chez les pneumothoracisées, nous n'avons observé au cours du travail et au cours de l'expulsion aucun trouble de la respiration, aucun phénomène d'ordre cardio-vasculaire. Le collapsus pulmonaire n'influe en rien sur la marche de l'accouchement ni sur sa durée ; il ne diminue pas la force musculaire considérable nécessitée par la période d'expulsion. Cette période franchie, la malade, en général, s'assoupit. Nous n'avons noté aucun trouble après l'expulsion. Il n'y a donc pas lieu de recourir systématiquement à une application de forceps : telle est la règle en vigueur à la clinique Baudelocque. L'application de forceps a pour elle des indications générales rigoureuses, signes de souffrance fœtale par exemple, qui peuvent se rencontrer chez les femmes porteuses d'un pneumothorax. Ces femmes peuvent également, dans des cas rares, présenter des phénomènes de dyspnée, comme en témoignent quelques observations ; une application de forceps est alors très justifiée. Elle le serait encore, plus largement que chez les femmes normales lorsque la période d'efforts d'expulsion tend à se prolonger et devient une cause de fatigue évidente pour la parturiente.

Nous avons constaté que l'accouchement d'une femme porteuse d'un pneumothorax artificiel est un acte absolument normal, soumis d'ailleurs aux modalités et aux complications diverses, possibles au cours de tout accouchement. Nous en venons nous aussi, à affirmer qu'il n'y a pas une pathologie obstétricale relative à la femme pneumothoracisée; c'est un point sur lequel accoucheurs et phthisiologues s'accordent; nos résultats personnels viennent à l'appui de cette thèse aujourd'hui acceptée.

Disons tout de suite que l'établissement d'un pneumothorax artificiel ne nous paraît exercer aucune influence défavorable sur la durée de la gestation. Nous avons relaté 8 accouchements prématurés : dans le cours du neuvième mois, Mme M... (obs. X et XXVII); à la fin du huitième mois Mme P... (obs. XXXI), Mme C... (obs. XII) et Mme H... (obs. XXV); à la fin du septième mois : Mme T... (obs. XLl) et Mme F... (obs. XXXIX); à six mois et demi Mme D... (obs. XLIII); il y a un avortement à six mois de deux jumeaux : Mme G... (obs. L).

Nous avons la conviction que le pneumothorax artificiel n'est nullement à incriminer dans ces cas. Nous avons observé au contraire avec quelle facilité le collapsus est supporté; les expectorations se raréfient, les bacilles disparaissent, le poids augmente rapidement. L'établissement progressif du collapsus n'est accompagné d'aucune dyspnée et la malade apprécie vite les bienfaits de la méthode.

En revanche, il semble que l'accouchement ou l'avortement ont, en plusieurs circonstances, déterminé dans le poumon primitivement sain, une extension des lésions le plus souvent grave et à marche aiguë.

CHAPITRE III

LA DESCENDANCE DES FEMMES TUBERCULEUSES PNEUMOTHORACISÉES

MM. Rist et Hirschberg, étudiant les conséquences économiques et sociales de la collapsothérapie, ont apporté des chiffres singulièrement probants. De ces faits déjà acquis nous voulons rapprocher le fait suivant :

Les données stéthacoustiques et surtout radiologiques précisées avant tout traitement, nous autorisent à penser que sans pneumothorax, un grand nombre de nos malades n'auraient pas été en mesure de s'exposer ultérieurement à une gestation ni de la mener à bien.

La plupart des malades traitées n'ont eut qu'un enfant. Cependant la malade de l'observation IX (tuberculose lobaire excavée), celle de l'observation XVIII (forme très étendue multi-cavitaire) ont dû au pneumothorax une amélioration durable, définitive pour la seconde, qui a permis à chacune d'elles de donner le jour à deux enfants.

Le pneumothorax est donc susceptible de fournir deux résultats : l'amélioration, parfois la guérison des lésions maternelles, selon le pourcentage que nous avons indiqué ; il est permis à chacun d'enregistrer ce résultat. Mais il y a d'autre part, un fait nouveau, la venue au monde d'enfants. Ceci est vrai surtout des femmes traitées par pneumothorax avant le début de leur gestation.

Ce fait social, lié à de multiples facteurs physiques et psychologiques échappe aux statistiques qui ne peuvent en traduire l'importance et la portée réelle. Il s'agit d'un résultat indirect du pneumothorax ; tel quel il est nécessaire de le mettre en évidence.

S'il est un point qui ait depuis longtemps attiré l'attention, c'est bien la valeur et l'avenir des enfants nés de parents tuberculeux.

En fait, lorsqu'il s'agit d'apprécier l'influence de la tuberculose féminine sur la descendance, nous ne possédons actuellement qu'un critère sûr : le poids de l'enfant. Le ^{Pr} Couvelaire (1) dans une étude sur le poids des enfants de mères tuberculeuses nés à la clinique Baudelocque entre 1921 et 1923, extrait les conclusions suivantes :

	Enfants nés de mères tuberculeuses	Enfants normaux de la Clinique Baudelocque
Enfant pesant plus de 3 kilos.. .. .	14 %	24 %
Enfants pesant de 3 kilos à 3 kilos 500.. .. .	38 %	35 %
Enfants pesant moins des kilos.. .. .	48 %	41 %

De son côté, Lacomme a établi les pourcentages suivants dans sa thèse :

	Enf. nés de mères tuberculeuses
Enfants pesant plus de 3 kgr. 500	17,4 %
Enfants pesant de 3 kilos à 3 kgr. 500	31,3 %
Enfants pesant moins de 3 kilos.	51,1 %

L'examen de ces différents chiffres, semble prouver que les enfants de poids élevé sont en nombre relativement faible; la proportion des enfants de poids faible est, au contraire, franchement élevé.

N'oublions pas qu'il s'agit ici de chiffres globaux; les mères de ces enfants présentaient des formes d'évolution diverse de tuberculose pulmonaire; ils englobent en outre, les femmes porteuses ou non d'un pneumothorax artificiel.

Il nous aurait paru intéressant de relever, à notre tour, les proportions pondérales des enfants nés de femmes pneumothoracisées observées dans ce travail. Le chiffre des enfants au sujet desquels nous possédons des renseignements suffisants à partir du moment de l'accouchement est de 38; c'est

1. Couvelaire, *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynéc. de Paris* 12 nov. 1923.

un chiffre faible sur lequel nous jugeons prudent de ne pas nous appuyer définitivement. Il s'accroîtra rapidement, n'en doutons pas (1).

Nous ne voulons pas aborder ici le problème de la transmission transplacentaire de la tuberculose. Nous nous contenterons de donner les résultats statistiques de nos observations :

TABLEAU DES GESTATIONS INTERROMPUES AVANT TERME

Accouchements prématurés : $\frac{8}{51} = 15,6 \text{ 0/0}$

2 au cours du 9^e mois.

3 à la fin du 8^e mois (Les enfants sont morts après quelques semaines).

2 à la fin du 7^e mois } Les enfants n'ont vécu que quelques
1 à 6 mois 1/2 } heures ou jours.

Avortements : Un avortement thérapeutique (obs. IV).

Un avortement gémellaire à 6 mois (obs. L).

Mortinatalité : 2 cas (obs. XXVI et XLV).

Mortalité des premières semaines : $\frac{6}{51} = 11,7 \text{ 0/0}$

1. Voici les résultats provisoires auxquels nous aboutissons :

Poids	Enf. nés de mères pneumotho- racisées
Plus de 3 kgr. 500.....	21 %
De 3 kilos à 3 kgr. 500.....	39 %
Moins de 3 kilos.....	39 %

Ici encore, il s'agit de chiffres globaux où sont comprises des femmes traitées par un pneumothorax artificiel avant ou pendant leur gestation. Par rapport aux enfants normaux de la clinique Baudelocque, on observerait un léger relèvement des poids moyens et une diminution peu accentuée dans le pourcentage des poids faibles. Mais par rapport aux enfants de tuberculeuses étudiés en bloc, la diminution des enfants de faible poids serait très notable. Ce fait, si l'avenir veut bien le confirmer, constituerait un résultat très intéressant de la collapsothérapie.

Les enfants que nous avons en vue sont tous nés par les voies naturelles; ils sont nés à terme dans la grande majorité des cas. L'un d'eux expulsé en présentation de front (obs. XLII) et soumis à une application de forceps pour signes de souffrance fœtale, ne pesait que 2.500 grammes. Mais sa croissance fut normale.

L'enfant de l'observation XXVI est mort au cours du travail (circulaire double). Aucun enfant ne présentait de malformation congénitale. La prématuration très marquée, à six et sept mois, dans les observations XXXIX XLI et XLIII a été suivie de mort prompte. L'un des nourrissons (obs. XXXI) présentait des signes certains d'hérédosyphilis : il est mort environ deux mois après sa naissance.

Parmi ces nouveau-nés qui ont séjourné dans les crèches d'isolement de la clinique Baudelocque, on relève un nombre relativement élevé de cas où la croissance fut lente et difficile.

Tel est le cas des enfants des observations III et X (ce dernier a présenté de l'athrepsie). Un autre (obs. V) présente une forte chute de poids suivie d'une reprise lente. Les enfants des observations XI (plus de 3.500 gr.) XLIV et L (3.200 gr.) ont eu également une croissance lente. Enfin dans l'observation XVI, nous avons observé chez un nouveau-né une chute de poids continue depuis sa naissance jusqu'à sa mort survenue après douze jours. Il n'existait aucun autre signe clinique capable de nous éclairer; l'allaitement mixte fut réalisé très correctement, l'étude bactériologiques des organes autopsiés ne révéla pas de bacilles de Koch. Il s'agit sans doute là d'un syndrome de dénutrition progressive. Ce cas est loin d'être unique; on a observé ce syndrome à plusieurs reprises chez les enfants de tuberculeux et parfois aussi chez les hérédosyphilitiques. Mais tandis que ces derniers sont sauvés par le traitement spécifique, les premiers sont voués à une mort fatale. Le professeur Couvelaire qui a attiré l'attention sur ces faits un des premiers, a dit de ces enfants qu'il s'éteignent « comme s'éteint une lampe sans huile ». Ces cas, dont quelques-uns sont relatés dans la thèse de Lelong, sont restés jusqu'à présent assez mystérieux dans leur origine.

Le pneumothorax artificiel ne saurait, en aucune façon, être rendu responsable de ces croissances difficiles ni du

syndrome de dénutrition progressive. Remarquons en passant que si l'idée d'une transmission placentaire du virus filtrant reçoit un jour confirmation, il y aura lieu d'observer l'influence que peut avoir à cet égard l'institution d'un pneumothorax artificiel. Ceci est la tâche de l'avenir.

Le Pr Couvelaire a démontré tout récemment, en s'appuyant sur les observations de la clinique Baudelocque, que chez les tuberculeuses à forme sévère, avec poussées évolutives au cours de la gestation on constate d'assez nombreux cas d'avortement ou d'accouchement prématuré (13 cas sur 41). Les études expérimentales poursuivies dans son service par MM. Calmette, Valtis et Lacomme, ont bien apporté la preuve d'une transmission transplacentaire d'un virus tuberculeux que révèle l'existence de bacilles acido-résistants constatables soit directement chez le fœtus, soit indirectement chez le cobaye inoculé avec les sucs ganglionnaires et viscéraux filtrés sur bougie. Cette transmission a été observée chez les fœtus expulsés avant terme, et chez les enfants nés vivants à terme, séparés et non vaccinés par le B. C. G., morts peu après à la suite d'infection banale ou d'un syndrome de dénutrition progressive. Mais on n'a jamais décelé des lésions anatomiques tuberculeuses. De fait, dit le Pr Léon Bernard, si l'on peut observer le passage transplacentaire du virus, son action pathogène n'est pas démontrée, et l'on en trouverait la preuve dans les remarquables résultats obtenus à la clinique Baudelocque depuis peu d'années en ce qui concerne la mortalité des enfants issus de tuberculeuses.

Il est certain que l'enfant isolé est plus fragile qu'un autre. Le fait d'avoir séparé le nouveau-né du sein maternel pourrait expliquer quelques courbes pondérales defectueuses et lentes. Pourtant l'allaitement artificiel rationnel, ou mieux l'allaitement mixte, les soins constants, les examens médicaux répétés, l'isolement des douteux et des malades, selon les méthodes pratiquées à la clinique Baudelocque, à l'instigation du Pr Couvelaire, y ont abaissé la mortalité de 33 % en 1923, à 13 % en 1925, à 7,5 % en 1926. Au chiffre de 1925 qui représente la mortalité des premières semaines, Lacomme ajoute le pourcentage des décès ultérieurs dans les centres de placement, soit 12 %. Total: 25 %. Il rappelle que le Pr Léon Bernard avait indiqué le chiffre de 82 % pour les enfants laissés en milieu tuberculeux.

Parmi les enfants de notre série de malades, nous relevons 6 cas de décès précoces, survenus dans les premiers jours où les premières semaines de la vie, ce qui donne 11,7 %. Sur 3 d'entre eux nous n'avons pas de renseignements cliniques (obs. XXXVI, XVIII, XXIV). Dans deux autres l'un obs. XVI a présenté un syndrome de dénutrition progressive; l'autre (obs. XLVII) semble avoir succombé à une bronchopneumonie au dixième jour.

Lorsque des cuti-réactions ont été pratiquées chez les enfants dans les premiers jours de leur existence, au cours de leur séjour à la clinique Baudelocque, ces épreuves se sont toujours montrées négatives.

Nous avons voulu savoir ce que sont devenus ces enfants, après leur départ de la clinique. Constatons d'abord que les enfants soignés au Placement Familial des Tout Petits et soumis à une surveillance médicale sérieuse, ont tous présenté une cuti-réaction négative : même ceux qui devaient succomber ultérieurement. On relève 6 cas de décès. Sur deux d'entre eux nous n'avons pas de renseignements. L'enfant de l'observation VI est mort à 3 mois de convulsions ; remarquons que l'hérédo-syphilis est presque toujours à la base de ces épisodes convulsifs mortels des trois premiers mois. Les enfants des observations L et XV sont morts, l'un à 3 mois de troubles digestifs sans autre précision ; le second à 7 mois de broncho-pneumonie. Enfin, il y a un décès à l'Œuvre Grancher par pneumonie streptococcique, à 5 mois environ (obs. XL).

Si l'on excepte un malingre à cuti-réaction négative, atteint de rachitisme surtout crânien et d'une cyphose dorsale nécessitant la pose d'un appareil silicaté (obs. XLVI), tous les autres enfants présentaient un état général suffisant.

* * *

La méthode actuelle de prophylaxie anti-tuberculeuse a donc fait largement sa preuve. Des maîtres éminents ont insisté sur les magnifiques résultats dont nous lui sommes redevables.

Lorsque l'enfant est issu d'une mère pneumothoracisée, la conduite à tenir envers lui ne saurait être différente tant

que l'expectoration maternelle reste bacillifère. Transiger avec ce principe absolu serait vouloir, de propos délibéré, ruiner l'œuvre même et le but du pneumothorax artificiel. Pourtant ce dernier nous donne l'espoir — qui se réalise dans un très grand nombre de cas — de stériliser à la longue et définitivement l'expectoration maternelle. Il y a donc lieu d'envisager le cas où la malade porteuse d'un pneumothorax déjà ancien devient mère. Allons-nous de parti-pris imposer à son enfant les risques de la séparation et de l'allaitement artificiel ; car ce ne sont là, malgré tout, que des moyens de fortune ? Nous croyons que l'on peut autoriser l'allaitement maternel, lorsque les expectorations, soumises à des examens répétés, sévèrement conduits, qui doivent aller jusqu'à l'inoculation au cobaye, se sont montrées stériles. Ce résultat négatif des examens doit s'être affirmé sans interruption pendant un délai minimum que nous fixons à deux ans. Au cas même où l'allaitement maternel sera autorisé, il sera nécessaire de faire mieux encore ; la vaccination dans les premiers jours de l'existence, selon les techniques de Calmette et Guérin, semble pleine de promesses. Il y a lieu de l'employer dès à présent pour ces enfants, sans attendre la consécration expérimentale que nous sommes en droit d'espérer de l'avenir.

CHAPITRE IV

LES ÉLÉMENTS DU PRONOSTIC EN CE QUI CONCERNE LA MÈRE

La décision d'intervenir pour pratiquer au pneumothorax artificiel présente souvent de grandes difficultés lorsqu'il s'agit d'apprécier l'état anatomique et le degré évolutif du poumon malade et du poumon supposé sain. Ces difficultés subsisteront pendant toute la durée de la cure ; elles peuvent être accrues du fait d'incidents divers, d'incidents pleuraux en particulier. En dehors de ces difficultés d'ordre technique, les fonctions de reproduction chez la femme tuberculeuse soulèvent une série de problèmes relatifs au pronostic concernant la mère ; les éléments en sont épars au cours des chapitres précédents ; nous nous efforçons, ici, de les mettre en valeur.

1° Tout d'abord, il faut se souvenir que le pneumothorax artificiel ne donnera les résultats excellents que nous sommes en droit d'attendre de lui que si la malade est soumise à la cure sanatoriale et hygiéno-diététique prolongée. On ne saurait, en aucun cas, autoriser la malade à reprendre une vie normale et laborieuse sous prétexte que les signes fonctionnels et généraux ont rétrogradé sous l'influence du collapsus pulmonaire. En agissant autrement, on court le risque infiniment grave d'une extension des lésions du côté primitivement sain.

2° Lorsque le pneumothorax artificiel est institué chez une femme non enceinte, n'ayant jamais été mère, les éléments d'appréciation ne présentent rien de particulier tant que la femme n'est pas fécondée. Il faut pourtant se souvenir que certains pneumothorax peuvent être réalisés dans l'espace de temps compris entre deux gestations, au moment même où un allaitement intempestif a pu aggraver l'état

de la mère. En fait, il ressort de la lecture des observations qu'à partir du moment où le pneumothorax est institué, il est indispensable d'interdire la conception pendant une durée qui ne peut, selon nous, être inférieure à trois ans. Cette durée représente le minimum de temps nécessaire à une consolidation suffisante des lésions pulmonaires. Encore faut-il s'assurer qu'il n'existe aucun signe, clinique ou radiologique, d'évolution récente au moment où la gestation peut être envisagée. Si le pneumothorax artificiel n'a donné qu'un résultat médiocre, lorsque le collapsus pulmonaire n'est que partiel et que l'expectoration reste bacillifère, à plus forte raison si des doutes s'élèvent sur la qualité du poumon sain, il semble que le médecin soit toujours en droit d'exiger provisoirement la renonciation à toute maternité. C'est dire que chaque fait particulier demande à être interprété avec soin et clairvoyance. Les cas où une gestation ne survient qu'après plusieurs années donnent les meilleurs résultats ultérieurs : telles sont les observations I, II et III, XIV. Dans les observations I et II, le pneumothorax a été suspendu après quelques mois de cure ; même en admettant qu'un collapsus de courte durée ait pu améliorer l'état des lésions pulmonaires, il est certain que dans ces cas particulièrement délicats, les malades ont été bien inspirées en renonçant à une gestation pendant neuf ans et cinq ans. Insistons ici encore sur l'observation XX, celle d'une pneumonie caséuse collabée avec un résultat définitif parfait, dû, en partie, à l'espace de cinq ans écoulés jusqu'au début de la gestation. En revanche, tous les décès concernent des malades devenues enceintes dans les mois qui suivent l'institution du pneumothorax (obs. XI, XII, XXI, XXII, XXIII).

3^o Lorsque la tuberculose pulmonaire évolutive apparaît au début ou au cours de la gestation, la situation est grave au delà de toute expression. La collapsothérapie, lorsqu'elle est possible, apparaît alors comme une méthode héroïque, seule capable, comme elle l'a prouvé, de juguler l'extension rapide du processus pulmonaire. Est vraiment coupable celui qui erre dans son diagnostic, hésite, perd un temps précieux en médications inutiles ou néfastes. Nous avons relevé çà et là les erreurs thérapeutiques commises antérieurement à notre action. Il ne faut pas l'oublier, le pneumothorax thérapeutique, seule arme efficace, demande à

être pratiqué aussi vite que possible ; il s'agit bien là d'une méthode d'extrême urgence, d'un traitement d'attaque, car, au moment où la malade vient consulter le médecin, celui-ci se trouve, dans la plupart des cas, en présence de lésions déjà très avancées, souvent cavitaires, plus étendues anatomiquement et radiologiquement qu'elles ne le paraissent à l'examen stéthacoustique. Pour qui a vu, par exemple, les larges opacités thoracique, sous l'écran radioscopique, il serait souhaitable que l'identification radiographique et bactériologique put être pratiquement réalisée sur l'heure et que la malade ne quitta pas le médecin sans une première insufflation. Chez ces femmes jeunes, l'extension des lésions se poursuit avec la plus grande rapidité, sans rémission. Chez l'une (obs. XXXIV) au deuxième mois de la gestation on observe l'atteinte des deux tiers supérieurs d'un poumon, avec excavation. Chez une autre, au troisième mois, la moitié d'un poumon est prise (obs. XXXV). Chez un autre encore (obs. XXXVIII) après un mois de gestation, les deux tiers inférieurs d'un poumon se révèlent tachés et marbrés. Il y a un assez grand nombre de lobites tuberculeuses, presque toujours rapidement excavées et dont le début clinique rappelle parfois à s'y méprendre celui d'une pneumonie franche aiguë. Notons d'ailleurs que l'intervention précoce permet d'éviter, dans une certaine mesure, les causes d'échec résultant d'une organisation symphysaire massive, ou plus simplement de brides pleurales, source de difficultés.

4° Alors même que le traitement par le pneumothorax a été rapidement institué et correctement suivi au cours de la gestation, l'accouchement lui-même représente une épreuve grave, tout au moins pour les pneumothoracisées récentes. Le grand danger que nous envisageons, connu du reste depuis longtemps, est constitué par la bilatéralisation. La malade de l'observation V, améliorée par un pneumothorax artificiel est bilatéralisée dans le mois qui suit l'accouchement. Les malades des observations XI et XII deviennent enceintes, 7 mois et 5 mois après le début du pneumothorax ; l'accouchement, chez la première, est la cause d'un réveil brutal de lésions symétriques jusque là assoupies ; au bout d'un mois, la totalité du poumon opposé est envahie. Chez la malade de l'observation XII, la bilatéralisation est vérifiée quatre mois après l'accouchement. Dans l'observation XXI,

trois mois après, la condensation s'étend à tout l'hémithorax opposé: dans l'observation XXII, six mois après, la condensation débute du côté opposé et évolue rapidement. Enfin, la malade de l'observation XXIII, devenue enceinte deux mois après le début du pneumothorax, est bilatéralisée au septième mois. Dans tous ces cas, l'expectoration, qui avait pu être stérilisée, redevient bacillifère.

D'autres observations présentent des exemples de cette rapidité d'évolution dans les jours qui suivent l'accouchement (obs. XXX. Obs. L dans laquelle, au bout de 18 jours l'hémithorax opposé est envahi en entier). Ces cas concernent les pneumothorax jeunes, datant de quelques mois. Or, tous les pneumothorax établis en cours de gestation sont les plus jeunes, donc les moins solides et les moins stables dans leur résultat. Il semble, par contre, que l'épreuve de l'accouchement soit bien supportée par les pneumothorax anciens.

5° *Le radio-pronostic.* — Nous avons tenté d'examiner si la variété anatomique des lésions telle qu'elle se dégage de l'examen radiographique, avant tout collapsus, permet de prévoir le résultat approximatif ultérieur d'un pneumothorax.

Parmi celles de nos observations qui comportent des renseignements radiologiques précis nous relevons :

a) 18 cas de forme étendue disséminée ;

b) 21 cas de forme lobaire ;

Les uns et les autres presque tous cavitaires ;

c) 4 formes juxtahilaires ou à point de départ hilair et à marche extensive ;

d) 1 forme limitée ;

e) 1 forme juxtascissurale.

a) Les formes à foyers disséminés passent avec raison pour être les plus malignes. Nous relevons 11 cas où la collapsothérapie eut une efficacité non seulement immédiate (elle l'est presque toujours) mais suffisamment longue (obs. III, XIV, XV, XVII, XVIII, XX, XXIX, XXXIV, XXXVIII, XLIII, XLVII). Six cas sont caractérisés par des échecs, soit précoces soit ultérieurs (obs. XXII, XXIII, XXX, XXXI, XXXII, XLI, collapsus incomplet). Un cas a été l'objet d'un abandon de la part de la malade.

b) Les formes lobaires ou lobites présentent un caractère

un peu moins sévère, quoique très grave encore. Le collapsus s'est montré efficace pendant un temps suffisamment long dans 13 cas. Le résultat est douteux ou mauvais dans 7 cas ; une malade a abandonné le traitement.

c) Il y a trois formes juxtahilaires en bonne voie d'amélioration. Mais l'observation XXI concerne une forme à point de départ hilairaire ayant envahi en premier lieu un lobe, puis ayant essaimé dans toute la hauteur du poumon opposé. Ce cas, malgré le caractère bénin de son début, est, en réalité, un cas sévère.

d) Il y a une forme caractérisée par la présence d'une vaste spélonque à la partie moyenne d'un parenchyme apparemment sain (obs. II). Le collapsus est incomplet ; un accouplement déclanche la bilatéralisation. Forme grave

e) Une dernière forme caractérisée par des taches et marbrures, de la région scissurale, accompagnées d'une spélonque juxta-axillaire. Le cas traité a donné un fort bon résultat (obs. XIX) mais il n'en reste pas moins que ces formes non traitées sont souvent douées d'un pouvoir d'expansion secondaire.

On ne tire de ces faits qu'une leçon peu générale. Il nous paraît assez difficile d'établir un pronostic d'avenir du pneumothorax en présence de ces processus si variés qui demandent à être traités par une méthode unique.

MM. Bezançon, Braun et Azoulay ont insisté récemment sur les déductions que l'on peut tirer du degré de compressibilité du poumon traité, en ce qui concerne son caractère anatomique. Les blocs caséux, disent-ils, de même que les poumons fibreux sont ceux qui s'affaissent et se rétractent le moins facilement ; les lésions congestives, inflammatoires se collabent au contraire facilement et rapidement. De plus, le pneumothorax est révélateur dans le moignon pulmonaire de lésions jusque là passées inaperçues : il se comporte comme une véritable pneumoséreuse, suivant l'expression de ces auteurs. Cela semble certain, comme en font foi les schémas de radioscopie attachés à chaque observation du service du Dr Rist. Un point reste acquis ; il est bien connu. Les poumons affaiblis rapidement et en totalité, avec de fortes pressions négatives au début donnent les meilleurs résultats. Les collapsus incomplets par adhérences, brides, symphyses

partielles, dans lesquelles on n'aboutit pas au résultat cherché qui est l'écrasement des lésions et la stérilisation de l'expectoration, réservent des mécomptes fréquents (obs. IX, XI, XLI).

Le degré d'affaissement pulmonaire est donc un élément important du pronostic. Mais, dans les pneumothorax récents, même lorsque le collapsus complet permet de prévoir un bon résultat, la survenue d'une gestation ou d'un accouchement vient bouleverser un pronostic qui, en d'autres circonstances, serait parfaitement justifié (obs. XII, XXI, XXIII, XXIX, XXXIX, XL, L).

Nous n'insisterons pas ici sur l'importance que présente, sous l'influence du pneumothorax, l'atténuation puis la disparition des signes fonctionnels comme la toux et l'expectoration, des signes généraux dont font partie la fièvre, le poids, ni sur la modification du syndrome humoral et de la cutiréaction ni sur les données du métabolisme basal (Suau). Rappelons seulement le très grand nombre d'améliorations surprenantes et durables observées à cet égard par les plitisiologues. Nos observations personnelles en contiennent de beaux exemples. Nous jugeons utile d'attirer à nouveau l'attention sur deux faits :

a) La disparition de ces différents symptômes, la reprise d'un état général satisfaisant et d'une vie normale sont loin de constituer les signes propres de la guérison. Souvent les malades se méprennent là-dessus. Une gestation commence précocement, source possible d'un échec ultérieur ; c'est au médecin à savoir interdire provisoirement la conception s'il ne veut pas fournir une arme à des détracteurs de mauvaise foi.

b) Il existe un pronostic bactériologique

La persistance des bacilles dans l'expectoration, corollaire d'un collapsus incomplet engage à faire les plus sérieuses réserves pour un avenir plus ou moins proche. Ce sont en effet ces malades qui ont fourni le plus fort pourcentage des bilatéralisations (obs. XI, XXII, XXIII, XXXIII, XXXIX, XL, XLI). Nous avons noté la malade de l'observation IX comme douteuse ou stationnaire, par suite de la persistance des bacilles. Pour la même raison, aggravée d'une résorption de la poche de décollement, l'avenir est réservé dans le cas de l'observation XXXVIII. Ceci est une

preuve apportée à l'opinion du Dr. Urbain Guinard qui écrit dans sa thèse : « le seul fait d'être bacillaire constant, bien que porteur de lésions unilatérales, implique, au cours des trois ou quatre premières années de la maladie, de sérieuses menaces contre l'existence ».

Il résulte de ce qui précède qu'il faut s'efforcer de réaliser trois conditions dans la conduite de la cure :

Le collapsus complet ;

La suppression des bacilles dans l'expectoration ;

La remise de la gestation à une date éloignée s'il en est temps encore.

Telle est la triple défense dont il faut armer la femme tuberculeuse, si l'on veut mener à bien son pneumothorax artificiel.

7° Incidents et complications. — De tous les incidents qui surviennent pendant la cure, le plus fréquent à coup sûr est l'épanchement pleural, malgré les pressions pleurales basses de rigueur actuellement. Dumarest estime sa fréquence à 70 % des cas, M. Léon Bernard à 60 %, MM. Rist et Naveau l'estiment à 57 %. 18 malades, sur l'ensemble de nos observations ont présenté un épisode pleural : elles offrent à peu près tous les types d'épanchement. La réaction liquidienne passagère, visible au seul examen radioscopique, sans symptôme clinique, est extrêmement fréquente.

La forme pleurétique atteignant ou dépassant la convexité diaphragmatique, atteignant le quatrième espace dans un cas, dépassant la clavicule dans un autre, s'accompagne au moins à son début d'une poussée thermique dont l'examen radioscopique donnera la raison. Lorsque la résorption ne se fait pas spontanément il est indiqué d'évacuer ces épanchements ; l'évacuation d'office est réservée également à de très gros épanchements, cause de dyspnée ou de déplacement médiastinal. Les réinsufflations seront espacées, la résorption gazeuse diminuant de rapidité dès le début de la réaction pleurale. Néanmoins, il faut parfois redouter la formation d'une symphyse pleurale. C'est ainsi que notre malade n° 4 a présenté une symphyse totale, consécutive à un épanchement à type séro-fibrineux ; il faut remarquer que le collapsus, au bout de dix-huit mois,

avait sensiblement amélioré le processus lobaire sous-jacent :

L'épanchement séro-fibrineux peut devenir purulent. C'est le cas de notre obs. XLVI, où des poussées liquidiennes récidivantes ont subi, au bout d'un an environ, la transformation purulente. Nous avons enfin trois cas de pleurésie purulente d'emblée (obs. XXII, XXIV, XXXIX) survenus dans les premiers mois de la cure ; deux d'entre eux ont nécessité des évacuations suivies de réinjections gazeuses.

Nous n'avons pas observé de pyopneumothorax par perforation pulmonaire. Il n'y a aucun cas d'éclampsie pleurale.

La bilatéralisation des lésions constitue la complication la plus redoutable, celle qui entraîne la plupart des décès ; Chabaud en estime la fréquence à un quart des cas ; elle surviendrait dans les trois premières années de la cure, sans distinction de sexe. D'autre part, M. le Dr Pissavy, dont on n'a pas oublié l'article récent, estimait la fréquence des décès chez les pneumothoracisés à 45 % après trois ans de cure, à 51 % après cinq ans, à 71 % après dix ans. En ce qui concerne l'association de la gestation et de la tuberculose, traitée par pneumothorax artificiel, il faut, pour trancher la question, selon le calcul de M. Pissavy, disposer d'un nombre d'observations égal au sien ; le nombre de nos observations étant plus réduit, nous sommes tenu à plus de prudence. Cependant, nous avons séparé, pour la clarté des résultats, les pneumothorax jeunes et les pneumothorax datant d'au moins trois ans, comme l'avait demandé M. Pissavy. Dans ces conditions, la proportion de nos décès, après trois ans, est de : 30,7 % pour les pneumothorax antérieurs à la gestation et de 40 % pour les pneumothorax contemporains de la gestation.

Un paragraphe sur la bilatéralisation apparaît donc comme la synthèse de tous les éléments précédents. La venue précoce d'une gestation ou son existence au moment où l'on intervient, le collapsus partiel aggravé par la persistance de l'expectoration bacillifère, sans doute aussi le mauvais état général : telles sont les conditions déterminantes d'une bilatéralisation. Chabaud a démontré l'existence, dans certains cas, de causes d'ordre météorologique. A Laënnec, on ne peut rendre responsables ni les pressions

pleurales trop fortes, ni les insufflations trop abondantes, puisqu'elles y sont proscrites. Le pneumothorax par lui-même n'est nullement en cause : si l'on en doute, on fera bien de relire nos observations XVIII et L, dans lesquelles des lésions évolutives symétriques, survenues en période de cure, ont rétrogradé spontanément, sans laisser de trace radiologique dans l'obs. XVIII, nettement stabilisées dans l'obs. L : dans ce dernier cas, au bout de deux ans, la reprise brutale de l'évolution symétrique a coïncidé avec l'accouchement. On peut estimer que, sans leur pneumothorax artificiel, ces deux malades n'auraient pas vu rétrograder leurs lésions symétriques. Ces deux cas, dans lesquels la collapsothérapie n'a pas été interrompue, prouvent son action efficace sur certaines symétrisations, de même que sur les laryngites tuberculeuses. Tous les phthisiologues ont observé des cas semblables.

Les observations XI et XII soulèvent un problème très délicat, celui des pneumothorax successivement bilatéraux, mis au point récemment par Chabaud. Celui-ci, dans ces cas où le poumon collabé n'a pas satisfait à la double épreuve : 1° d'au moins trois ans de collapsus, 2° d'au moins deux ans et demi d'expectoration non bacillifère, pencherait actuellement vers la solution du collapsus bilatéral simultané comme devant donner de meilleurs résultats.

8° *La durée du pneumothorax.* — Il reste enfin à déterminer la durée minima pendant laquelle la collapsothérapie sera poursuivie. C'est là un problème difficile ; il faut bien savoir, en effet, qu'il est impossible de s'appuyer sur l'amélioration de l'état général et des signes fonctionnels ; d'autre part l'examen radiologique le plus fouillé est parfois incapable de préciser la qualité anatomo-pathologique d'un poumon collabé. Il n'y a que deux éléments suffisamment certains d'appréciation : 1° la durée du collapsus, qui doit être de trois ans au moins, et plus longue encore, c'est-à-dire de quatre à cinq ans ; 2° la stérilisation de l'expectoration pendant deux ans et demi, comme le veut Chabaud, vérifiée, précisons-nous, par deux inoculations successives au cobaye. Ce sont des points sur lesquels il est nécessaire d'insister lorsqu'il s'agit de femmes jeunes, chez lesquelles peut survenir une gestation ; cette gestation peut menacer directement la vie de la mère, si le médecin a cru pouvoir enfreindre

cette règle intangible. Nous avons quelques observations dans lesquelles le pneumothorax n'a été poursuivi que quelques mois, pour des raisons diverses (obs. I, II, IV). Le collapsus a amélioré les lésions pulmonaires traitées pendant une courte durée ; mais c'est là une éventualité exceptionnelle, et cette amélioration nous paraît d'ailleurs bien fragile.

CONCLUSIONS

1° La fonction de reproduction féminine exerce une influence défavorable sur les tuberculoses pulmonaires, actives tout au moins. Il ne fait plus de doute aujourd'hui que l'avortement, dit thérapeutique, ne nous met en aucune façon à l'abri d'une aggravation de l'état de la mère, et que dans de nombreux cas, il a été la cause même de cette aggravation, après avoir sacrifié l'existence de l'enfant. Dans ces conditions, il est préférable de s'abstenir d'une intervention qui risque d'assombrir l'avenir de la malade.

2° La méthode du pneumothorax artificiel offre l'avantage inappréciable de respecter la vie de l'enfant à naître, d'être une méthode inoffensive, rapide dans son exécution, rapide dans ses résultats, parfaitement supportée pendant toute la gestation dont la durée n'est pas modifiée.

Les résultats observés par nous, au nombre de 56, concernent, dans la presque totalité des cas, des formes unilatérales à évolution récente fébrile, à marche progressive, soit disséminées plus ou moins massivement dans la plus grande partie d'un poumon, soit localisées temporairement à un lobe pulmonaire : les formes lobaires excavantes sont nombreuses. Le résultat immédiat est bon presque toujours ; il se caractérise par la sédation des signes fonctionnels et généraux, par la négativité de l'expectoration.

Dans un souci d'impartialité, nous tenons compte avant tout des résultats obtenus après trois ans au moins de colapsus continu ; on obtient alors :

a) Lorsque la tuberculose est antérieure à la gestation :

Résultat bon ou parfait.....	57,6 %
Décès.....	30,7 %

b) Lorsque la tuberculose apparaît au début de la gestation ou au cours de la gestation :

Résultat bon.....	40 %
Décès.....	40 %

Ce fléchissement est compréhensible : on se souviendra que l'intervention, au cours de la gestation, s'effectue dans de mauvaises conditions, que la collapsothérapie ainsi réalisée est trop récente et n'a pas apporté une consolidation suffisante lorsque surviennent l'époque de l'accouchement et la période post-puerpérale. De toute façon il y a dans les deux cas un progrès très notable, si l'on se reporte aux proportions que l'on relève chez les malades non pneumothoracisées. Il est donc certain qu'à l'heure actuelle nous possédons dans le pneumothorax artificiel appliqué à la femme et à la future mère un traitement dont l'efficacité a fait ses preuves et dont la caractéristique est une action d'arrêt rapide et souvent définitive, à l'égard d'un processus tuberculeux évolutif. Il n'existe aucun autre traitement capable de nous apporter des résultats semblables.

3° L'accouchement d'une femme porteuse d'un pneumothorax artificiel ne diffère en rien de l'accouchement le plus normal. Aucune complication obstétricale n'est à redouter du fait du pneumothorax ; la durée du travail et celle de la période d'expulsion ne subissent aucune modification. L'accoucheur a le devoir d'observer une abstention complète ; dans quelques cas vraiment rares, où des phénomènes dyspnéiques apparaîtront, et de même, au cours de certaines expulsions trop longues, seule une application de forceps trouvera une indication légitime.

4° En ce qui concerne l'avenir de la femme porteuse d'un pneumothorax avant sa gestation, on peut affirmer que les meilleurs résultats sont fournis dans les cas où cette gestation n'est survenue qu'après plusieurs années. Il faut exiger une durée de trois ans au moins pour la consolidation et le repos ; la gestation prématurée a été la cause d'échecs fréquents. L'apparition d'une tuberculose évolutive chez la gestante doit être redoutée ; dans ces cas, la collapsothérapie doit être instituée d'une manière impérieusement urgente ; c'est un traitement d'assaut, avons-nous dit.

5° L'accouchement lui-même est une épreuve que seules semblent bien supporter les pneumothoracisées anciennes ; chez les nouvelles au contraire on assiste souvent, dans les semaines ou les mois qui suivent la parturition, à une symétrisation à marche accélérée.

6° La constitution d'un collapsus complet compte pour beaucoup dans un pronostic d'avenir favorable. Ce pronostic peut donc se lire sur l'écran radioscopique.

7° La persistance d'une expectoration bacillifère, conséquence d'un collapsus incomplet, implique, lorsqu'elle s'observe, un pronostic défavorable.

8° La bilatéralisation est la complication la plus grave. Elle est réalisée le plus souvent dans les cas qui n'ont pas satisfait aux trois épreuves suivantes ou à l'une d'elles seulement : collapsus complet, stérilisation de l'expectoration, ajournement de toute conception lorsque cette condition est possible.

9° La collapsothérapie demande à être poursuivie avec ténacité : pendant trois ans au moins, plus longtemps si l'on peut. Il faut exiger une expectoration stérile pendant deux ans et demi, sans interruption.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Recteur de l'Académie de Paris,
L'Inspecteur d'Académie :
MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

- Ameuille.* — Nécessité des examens bactériologiques et radiologiques systématiques pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire (Presse médicale, n° 1, 1920).
- L'indispensable en clinique et en thérapeutique de la tuberculose pulmonaire (Soc. méd. des Hôp., n° 8, 22 nov. 1923).
 - Le P. A. thérapeutique (Journal des Praticiens, 9 juillet 1922).
 - Indications formelles du P. A. dans la tuberculose pulmonaire (Bulletin médical, 1922, n° 13 ; Revue de la Tuberculose, 1923, p. 118).
 - Les erreurs en radiologie thoracique (Pratique méd. Fr., décembre 1924).
- Amsler.* — Pneumothorax artificiel et tuberculose (Thèse de Paris, 1922).
- Armand-Delille.* — Fonctionnement et résultat de l'œuvre Grancher depuis sa fondation (Conférence faite à l'Association Brit. contre la tuberculose, Londres, 1921).
- Arnould.* — Pronostic général de la tuberculose pulmonaire (Presse médicale, 19 janvier 1921).
- La mortalité tuberculeuse du sexe féminin (Revue de la Tub., t. III, n° 2, 1922).
- Bar.* — Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose (VII^e Congrès de la Tub. Rome, 1912).
- De la tuberculose compliquée de grossesse (Conférence à Madrid, 1921).
 - Tuberculose et gestation (Bull. de l'Acad. de Médecine, n° 37, 14 nov. 1922, n° 42, 19 déc. 1922).
- Bar et Devraigne.* — La sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine (Revue mensuelle d'Obst. et de Gyn., avril 1905).
- Bar, Brindeau et Chambrelent.* — La pratique de l'art des accouchements.
- Baumès.* — Traité de la Phtisie. Paris, 1805, t. I, p. 100.
- Bendove.* — The circulatory changes in artificial Pneumothorax (Amer. Revue of Tub., octobre 1925, t. XII, n° 2).

Bernard (Léon). — Rapports de la Tuberculose et de la grossesse (Bull. de l'Ac. de Méd., n° 42, 19 déc. 1922).

- Gestation et tuberculose (Presse médicale, 16 nov. 1921).
- Relations de la Tuberc. pulmonaire et de la Maternité (Paris médical, 6 janvier 1923).
- Le placement familial des nourrissons issus des tuberculeux (Paris médical, n° 1, 7 janvier 1922).
- Le P. A. dans le traitement de la Tuberculose (Actualités médicales, Librairie Baillière).
- La Tuberculose pulmonaire, Masson, éd., 1921.
- P. A. et lésions pulmonaires bilatérales (Soc. Méd. des Hôp., 5 nov. 1920).

Bernard (L.) et Beythoux. — La lobite supérieure droite (Rev. de la Tub., 1923, n° 5).

Bernard (L.) et Debré. — Les modes d'infection et les modes de préservation de la Tuberculose chez les Enfants du premier âge (Paris méd., 1^{er} juin 1921 ; Ac. de Médecine, 5 octobre 1920, 15 mai 1923 ; Annales de Médecine, mai 1923).

Bernard (L.) et Baron. — Les pleurésies du P. A. (Presse médicale, n° 99, 10 déc. 1924).

Bernard (L.), Baron et Valtis. — Résultats du P. A. (Bull. Ac. de Méd., 6 janv. 1925).

Bernou et Cardis. — Etude sur la pression intra-pleurale physiologique (Rev. de la Tub., oct. 1925, t. VI, n° 5).

Bertier. — Le Pneumothorax artificiel (Progrès médical, 1919, p. 272-275).

- Traité de pathologie de Sergent (Tuberculose, I, p. 273).

Bezançon. — La période menstruelle chez les tuberculeuses (Bull. Médical, 1913, n° 83).

- Conception actuelle de la tuberculose pulmonaire (La Médecine, n° 8, 1923).
- Le pneumothorax thérapeutique (La Médecine, n° 9, juin 1926).
- Notions nouvelles sur le parasite de la tuberculose (La Médecine, n° 9 bis, juin 1926).

Bezançon et de Serbonnes. — Les Poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique (Soc. Méd. des Hôp., 17 mars 1910).

Bezançon et Jacquelin. — Pneumothorax partiel bilatéral simultané (Presse Médicale, 17 sept. 1924 ; Soc. Etudes Scient. de la Tuber., 10 mai 1924).

- Bezançon et Philibert.* — Le bacille acido-résistant, forme du parasite de la Tuberculose (Presse Méd., n° 3, 9 janv. 1926).
- Bezançon, Azoulay et Chabaud.* — Les accidents nerveux au cours des insufflations du P. A. (Rev. de la Tub., août 1925, t. VI, n° 4).
- Bezançon et Hauduroy.* — Filtration du Bacille de Koch par la méthode de Vaudremer (Section d'Etudes scient. pour la Tub., 12 janv. 1924).
- Bosc.* — Grossesse et P. A. (Gazette Méd. du Centre, 15 sept. 1922).
- Bouffe de Saint-Blaise.* — Tuberculose et Grossesse (Soc. d'Obst. et de Gyn., 18 juin 1921).
- Brindeau.* — Tuberculose et Grossesse (Soc. d'Obst. et de Gyn., 18 juin 1921 ; Congrès de Genève, 1923).
- Bronfin, Nelson et Zarit.* — Artificial Pneumothorax (Amer. Revue of Tuber., nov. 1925, t. XII, n° 3).
- Burnand.* — Comment se comporte le poumon opposé dans le traitement de la tuberculose par P. A. (Presse médicale, 1913, n° 74).
- Etudes sur la tuberculose. Effets anatomiques de la compression par P. A. sur le poumon tuberculeux. Ed. Masson, 1922.
- Résultats du P. A. dans la tuberculose pulmonaire (id.).
- Burnand et Henkène.* — Les cas d'inopérance du P. A. (Rev. de la Tub., oct. 1925, t. VI, n° 5).
- Calmette-Guérin, Weil, Hallé.* — Essais d'immunisation contre l'infection tuberculeuse (Bull. Ac. de Méd., 3^e série, t. XCI, 24 juin 1924).
- Calmette, Valtis, Lacomme.* — Transmission intra-utérine du virus tuberculeux de la mère à l'enfant (Ac. des Sciences, 8 nov. 1926 ; Pr. médicale, 10 nov. 1926).
- Calmette, Valtis, Boquet, Nègre.* — Etude sur la transmission transplacentaire du virus tuberculeux (Ac. des Sciences, 19 oct. 1925).
- Célestin.* — P. A. et tuberculose pulmonaire bilatérale. Thèse de Paris, 1926.
- Chabaud.* — La bilatéralisation au cours du P. A. et sa thérapeutique. Thèse de Paris, 1925. Arnette éd.
- Chauffard.* — Rapports de la Tuberculose et de la Grossesse (Bull. Ac. de Méd., n° 37, 14 novembre 1922).
- Chirié et Walter.* — L'avortement provoqué dans la Tuberculose compliquée de grossesse (Bull. Méd., 23-26 août 1922).

Cleisz. — Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité (Gyn. et Obst., t. VII, n° 2, 1923).

- Conduite à tenir en présence de l'association tuberculose pulmonaire et gestation (Gyn. et Obst., t. VII, n° 3, 1923).

Colombet. — Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire. Thèse de Lyon, 1912.

Combr. — Traité des Maladies de l'enfance, 1920.

IV^e Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose. Lausanne, 1924.

III^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française. Genève, 1923.

Coulaud. — La cutiréaction à la tuberculine pendant les règles et après l'ovariotomie (Soc. Méd. Hôp., 3^e série, t. XLIV, 1921, p. 155).

- Le corps thyroïde des tuberculeux (Soc. Méd. Hôp., 3^e série, t. XLIV, 1920, p. 1551).

- La cutiréaction à la tuberculine chez les femmes (La Médecine, mai 1923).

- Double pneumothorax thérapeutique efficace (Soc. Méd. Hôp., 29 mai 1925).

Couvelaire. — Rapports de la tuberculose et de la gravidité (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 18 avril 1921, p. 216-217).

- Protection médicale et sociale de la femme enceinte (Congrès de l'Association des Gyn. et Obst. de langue française, octobre 1921 ; Gyn. et Obst., 1921, t. IV, p. 535-538).

- Avenir des enfants nés de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire (Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, nov. 1923, p. 469-474).

- Obstétricie sociale. Protection médicale et sociale de la maternité (in traité de Sergent, t. médecine sociale). Maloine, éd., 1924.

- Rôle des consultations prénatales dans la lutte contre la mortalité infantile (Rapport au VI^e Congrès de la Natalité. Strasbourg, 1924 et Presse médicale, n° 103, 24 déc. 1924).

- Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse (Séances de l'Ac. de Méd., 23 nov. 1926 et suiv.).

Cullen. — Etude médicale pratique. Traduction Bosquillon, 1789.

Dantier. — Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la tuberculose. Thèse de Paris, 1920.

Debré et Laplane. — Le nourrisson issu de parents tuberculeux (Le Nourrisson, juillet 1922).

Debré et Lelong. — Les anticorps tuberculeux au cours de la primo.infection du nourrisson (C. R. Soc. biol., t. XCI, 20 déc. 1924, p. 1383).

— L'enfant issu de parents tuberculeux, séparé avant la contamination : sa croissance et sa résistance aux maladies (4^e mémoire : Annales de Médecine, nov. 1925, t. XVIII, n° 5).

Delmas. — Tuberculose et puerpéralité (Clinique et Laboratoire, 30 mai 1922)

Dumarest et Brette. — Grossesse et Tuberculose (Presse Méd., 21 juin 1922).

— Rapports de la Grossesse et de la Tuberculose (Bull. Ac. Méd., t. LXXXIII, n° 31, 3 oct. 1922).

Dumarest et Murard. — La pratique du P. A., 2^e éd., 1923. Masson éd.

Forssner. — Rapport à la Conférence de Lausanne, 1924 (in-Revue de la Tub., 1924, n° 6).

Fiessinger et Brodin. — L'allergie hépatique dans la tuberculose (Ann. de Méd., t. XI, n° 7, juin 1922).

Fruhinsholz. — Avortement thérapeutique et Tub. Pulmonaire (Revue Méd. de l'Est, 46^e année, t. LI, n° 7).

Gendron et Moissard. — P. A. et grossesse (Gazette Médicale de Nantes, avril 1922).

Girard. — Tuberculose et puerpéralité. Thèse de Montpellier, 1923.

Godreau (Mlle). — Tuberculose et puerpéralité. Thèse de Toulouse, 1906.

Grancher. — L'œuvre de préservation de l'enfance contre la Tuberculose (Bull. Méd., 7 mars 1903).

Grimbert. — Grossesse et P. A. Thèse de Paris, 1923.

Guillaumet. — Grossesse et tuberculose. Avortement thérapeutique. Thèse de Lyon, 1922.

Guinard (U.). — Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1925.

Hauduroy et Vaudremer. — Recherches sur les formes filtrables du Bacille tuberculeux (Soc. de Biologie, 22 décembre 1923, p. 1276).

Hergott. — Discussion sur la tuberculose et la gestation (Bull. Ac. Méd., 22 nov. 1922).

Hervé. — Grossesse et P. A. (Rev. de la Tuber., 1921, n° 1, Gazette Médicale du Centre, 15 février 1922 ; Concours Médical, 21 mai 1922).

Hutinel. — Nécessité de la contagion en matière de tuberculose (Semaine Médicale, 1889, p. 229).

Jannet. — Anergie. Thèse de Paris, 1920.

- Kerrer.* — Tuberkulose und Schwangerschaft (Rapport au Congrès antituberculeux allemand. Elster, Bains, 1921, Zeit f. Tuberk., t. XXXIV, p. 693).
- Kendall.* — Artificial Pneumothorax. Results at the Muskoda institutions (Amer. Revue of. Tub., nov. 1925, t. XII, n° 3).
- Kindberg (Léon).* — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte (Bull. Méd., 23 octobre 1920).
- Kuss.* — De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. Thèse de Paris, 1898.
- Conduite de la cure dans le P. A. (La Médecine, mai 1921).
 - Tuberculose pulmonaire et gestation (Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 8 janvier 1922).
 - Détermination de la pression pleurale dans le P. A. (Revue de la Tub., 1925, p. 78).
- Le Laboratoire de la tuberculose* (Journal médical français, septembre 1922).
- Lacomme.* — Une maternité pour tuberculeuses annexée à la Clinique Baudelocque. Thèse de Paris, 1926. Arnette, éd.
- Landouzy.* — Hérédité tuberculose de graine et état diathésique (Rev. de Méd., 1891, p. 411).
- Rapport à la IX^e Conférence Internationale contre la Tub. Bruxelles, 1910.
 - De l'intoxication tuberculeuse héréditaire (Congrès pour l'étude de la Tub. Paris, 1898).
- Lasègue.* — De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la tuberculose. Thèse de Paris, 1880.
- Laumonier.* — Grossesse et Tuberculose (Gaz. des Hôp., 6 mars 1923).
- Lelong.* — L'enfant issu de parents tuberculeux. Thèse de Paris, 1925.
- Leuret et Caussimon.* — Les fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire (Rev. de la Tub., 1925, p. 689).
- Lévine.* — Influence de la menstruation sur la cutiréaction chez la femme tuberculeuse. Thèse de Paris, 1921.
- Lereboullet.* — Tuberculose infantile et hérédité (Progrès Méd., 1923, n° 5).
- Louis.* — Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phtisie, 1843.
- Marguette.* — Tuberculose pulmonaire et avortement. Thèse de Lyon, 1908.
- Maragliano.* — Tuberculose et grossesse au point de vue thérapeutique (La Clinica ostét., 1906).
- Mazet.* — Tuberculose et grossesse. Thèse de Paris, 1925.

- Metzger*. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gestation (Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 8 janvier 1922).
- Mitrovitch*. — Tuberculose, P. A. et gestation. Thèse de Paris, 1922.
- Morvezen*. — Tuberculose et grossesse. Thèse de Paris, 1922.
- Morisson-Lacombe*. — Tuberculose et gestation (Journal de Méd. de Paris, 1924).
- Mosny*. — L'hérédodystrophie paratuberculeuse (Transaction of the british Congres of the Tub., 1901).
- La descendance des tuberculeux (Rev. de la Tub., août-nov. 1901).
- Mourgues*. — Tuberculose, grossesse et pneumothorax artificiel. Thèse de Toulouse, 1925.
- Murard*. — Résultats du P. A. Thèse de Lyon, 1913.
- Naveau*. — Les résultats du P. A. (Statistique du Service du Dr Rist). Thèse de Paris, 1924.
- Nobécourt et Paraf*. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la Tuberculose pulmonaire et pleurale. L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse et de l'allaitement (Presse Méd., 18 février 1920).
- Norris et Douglas*. — Pregnancy in the Tuberculous (The Am. Journ. of Obst. and gyn., t. IV, n° 6, 1922).
- Oury*. — Les pneumonies tuberculeuses (Etude clinique et radiologique. L'Hôpital, octobre 1923).
- Péaud*. — Contribution à l'étude des rapports réciproques de la tuberculose et de la puerpéralité. Thèse de Paris, 1920.
- Philipp (Sir Robert)*. — Conférence de Lausanne, 1924. Effets de l'organisation de la lutte antituberculeuse sur la diminution de la mortalité tuberculeuse.
- Pinard*. — Rapport au Congrès d'Obst. et de Gyn. de Rome, 1912.
- De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation (Bull. Méd., 19 juin 1912 ; Ann. d'Obst. et de Gyn., juin 1912).
- Tuberculose et grossesse (Bull. Ac. Méd., 21 nov. 1922).
- Pissavy*. — Le pronostic de la Tuberculose pulmonaire (Presse Méd., n° 3, 9 janv. 1926).
- Pissavy et Bernard (Mlle)*. — Cutiréaction et anticorps tuberculeux (Rev. de la Tub. n° 5, 1922).
- Pruvost*. — Difficultés du P. A. (L'Hôpital, janvier 1925).
- Les erreurs thérapeutiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (L'Hôpital, août 1925).
- Raillet*. — Tuberculose et gestation (Archives Méd. chir. de province, n° 10, p. 453, octobre 1923).

- Rénon.* — Valeur thérapeutique et pratique du P. A. (Journ. des Prat., 25 janvier 1913).
- Valeur actuelle du P. A. (Gaz. Hôp., 1913, n° 118).
- Rist.* — Rôle des méthodes radiologiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire au début (Journ. méd. français, 1913).
- Principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire (Presse médicale, n° 39, 13 juillet 1916).
- Diagnostic différentiel de la tuberculose et des affections chroniques des fosses nasales (Pr. méd., 24 juillet 1916).
- Différenciation clinique de la Tuberculose pulmonaire d'avec les autres affections des voies respiratoires (Congrès de l'Ass. Médicale Britannique. Glasgow, 1922).
- Tuberculose pulmonaire et gravidité (Soc. d'Obst. et Gyn., 14 mars 1921 et Revue de la Tuberculose ; Rapport à la Conférence de Lausanne, 1924, in-Rev. de la Tuberculose, 1924, n° 6).
- La fonction du médecin d'hôpital dans la lutte antituberculeuse cent ans après Laënnec (Bull. Soc. Méd. hôp., n° 40, 30 déc. 1926).
- La Tuberculose. Armand Colin éd. Paris, 1927.
- Rist et Maingot.* — Examens radiologiques dans le P. A. (Soc. Méd. des Hôp., 18 oct. 1912).
- Rist, Rolland et Ravina.* — Tuberculose pulmonaire et gravidité (Soc. Méd. des Hôp., 19 novembre 1920).
- Rist et Ameuille.* — La pneumonie tuberculeuse (Paris Médical., n° 1, 7 janvier 1922).
- Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes (Rapport au 5^e Congrès Français de la Tuberculose. Strasbourg, juin 1923 ; Revue de la Tub., 1923, p. 298).
- Rist et Hirschberg.* — L'aspect économique et social du traitement de la tuberculose pulmonaire par le P. A. (Soc. Méd. Hôp., 12 janvier 1923).
- Rolland.* — Evolutions des lésions dans le poumon collabé (Ann. de Méd., avril 1925).
- Rossier.* — Rapport au Congrès de Genève, 1923.
- Rosenthal.* — La pratique du pneumothorax de Forlanini (L'Hôpital, juin 1924).
- Sabourin.* — Traitement rationnel de la phtisie, 1920.
- Sakka Ali.* — Tuberculose et grossesse. Thèse de Paris, 1917-1918.
- Saugmann.* — Résultats éloignés du P. A. au sana Vejlefjord (in Pr. Méd., 3 septembre 1921).

- Sayé Carreras et Seix.* — Etat actuel des relations existant entre la tuberculose et la grossesse (Revista medica de Barcelona, sept. 1924, n° 9, ou Rev. de la Tub., 1925, p. 150).
- Sergent.* — Etudes cliniques sur la tuberculose. Maloine, éd. 1920.
- Traité de pathologie médicale. Maloine, éd., 1921.
- Tuberculose et gestation (Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 8 janvier 1922; Bull. Ac. de Méd., n° 41, 12 déc. 1922, n° 42, 19 déc. 1922 et 11 juill. 1922).
- Sergent (H.), Durand et Cottenot.* — La localisation lobaire supérieure de la tuberculose pulmonaire (Rev. de la Tuberc., 1924, p. 98).
- Sergent, Durand et Benda.* — Transmission transplacentaire de la tuberculose (Acad. de méd., 7 janv. 1926).
- Sergent et Ares.* — La tuberculose lobaire (Journal de Méd. et Chir. pratiques, 10 janv. 1925).
- Siredex.* — Rapports de la tuberculose et de la gravidité (Soc. d'Obst. et Gyn., 14 mars 1921, 18 avril 1921).
- Stern.* — Tuberkulincutanreaktion und Schwangerschaft (Zeit. f. Gyn. und Geb., t. III, 1905, p. 74).
- Suau.* — Variation du métabolisme basal au cours du P. A. Thèse de Paris, 1925.
- Turrillot.* — Etude des cavernes pulmonaires tuberculeuses. Thèse de Paris, 1924.
- Valtis.* — Filtration du Bacille de Koch à travers les bougies Chamberland L³ (Rev. de la Tub., 1924, p. 218; Soc. de Biologie, 18 janv. 1924, p. 19, 25 janv. 1924, p. 74).
- Villemin.* — Académie de Médecine, 5 déc. 1865.
- Voron.* — Rapport au Congrès de Genève, 1923.
- Wallich.* — Rapports de la tuberculose et de la gestation (Bull. Ac. de Méd., n° 41, 12 déc. 1922; Soc. d'Obst. et Gyn., 8 janv. 1922).
- Weil-Hallé et Turpin.* — L'immunisation antituberculeuse et la vaccination par le bacille Calmette-Guérin (Paris médical, 3 janvier 1925).
- Weymeersch et Olbrechts.* — Rapport au Congrès de Genève, 1923.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	9

PREMIÈRE PARTIE

L'AGGRAVATION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LES FONCTIONS DE REPRODUCTION CHEZ LA FEMME.

CHAPITRE PREMIER. — L'opinion de l'Ecole Française.....	13
Remarques sur la question de l'avortement provoqué....	17
CHAPITRE II. — La Conférence de Lausanne, 1924.....	21
Résultats fournis par M. Forssner.....	22
Résultats fournis par M. Rist.....	24
Opinions diverses.....	28
CHAPITRE III. — Recherches personnelles.....	31

DEUXIÈME PARTIE

LE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL.

CHAPITRE PREMIER. — Indications formelles.....	41
Historique des premières observations françaises et étrangères chez la femme en état de gestation....	44
CHAPITRE II. — Observations.....	47
I. — Cas où la tuberculose existait antérieurement à la gestation.....	47
§ a. — Le pneumothorax artificiel pratiqué avant la gestation puis suspendu.....	47
§ b. — Le pneumothorax artificiel pratiqué avant la gestation et poursuivi dans le cours de celle-ci.	50
II. — Cas où la tuberculose est antérieure à la gestation et traitée par pneumothorax dans le cours de celle-ci.....	66

	Pages
III. — Cas où le début clinique de la tuberculose est contemporain du début de la gestation.....	71
IV. — Cas où la tuberculose apparaît au cours de la gestation et est traitée par pneumothorax.....	75
Appendice.....	85

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS GÉNÉRAUX.

Résultats des principales statistiques françaises.....	87
CHAPITRE PREMIER. — Interprétation et classification des résultats.....	89
CHAPITRE II. — L'accouchement chez la femme porteuse d'un pneumothorax artificiel.....	96
CHAPITRE III. — La descendance des femmes tuberculeuses pneumothoracisées.....	99
CHAPITRE IV. — Les éléments du pronostic en ce qui con- cerne la mère.....	106
La cure sanatoriale.....	106
Nécessité d'un temps de repos prolongé avant toute gestation.....	106
Nécessité d'agir vite lorsque la tuberculose apparaît au cours de la gestation.....	107
L'épreuve de l'accouchement.....	108
Le radio-pronostic.....	109
Intérêt du degré d'affaissement pulmonaire.....	110
La modification des signes généraux et fonctionnels...	111
Le pronostic bactériologique.....	111
Incidents et complications.....	112
La bilatéralisation.....	113
La durée du pneumothorax.....	114
CONCLUSIONS.....	116
BIBLIOGRAPHIE.....	119

7594. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve & Cie, 15, rue Racine, Paris. — 3-1927
